Rapport
et
recommandations

Québec
Commission d'étude sur
les services de santé et
les services sociaux

LES SOLUTIONS
ÉMERGENTES

Rapport
et
recommandations

Québec
Commission d'étude sur
les services de santé et
les services sociaux

LES SOLUTIONS ÉMERGENTES

Cette publication a été réalisée par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Graphisme et réalisation infographique :
www.farleydw.com

Le présent document peut être consulté
à la section publications du site Web de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : **www.cessss.gouv.qc.ca**
ou à la section documentation sous la rubrique publications du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux : **www.msss.gouv.qc.ca**

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document, faites parvenir votre commande par

télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Note :
Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-36958-0

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Le 18 décembre 2000

Madame Pauline Marois
Ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux
Gouvernement du Québec

Madame la Ministre,

Il nous fait plaisir à titre de membres de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux de vous transmettre notre rapport.

Conformément au mandat que nous a confié le gouvernement du Québec le 15 juin dernier, nous vous soumettons les recommandations et propositions qui se dégagent de nos travaux.

Ce rapport présente également les faits saillants des diverses consultations réalisées auprès de la population, des experts et des organisations représentatives du réseau.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez témoignée en nous accordant ce mandat.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Michel Clair
Président

Léonard Aucoin
Commissaire

Howard Bergman
Commissaire

Rosette Côté
Commissaire

Pierre Ippersiel
Commissaire

John LeBoutillier
Commissaire

Gérard A. Limoges
Commissaire

Hélène Rajotte
Commissaire

Vicky Trépanier
Commissaire

René Rouleau
Secrétaire général

Avant-propos i

Introduction ii

PARTIE I • ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

Chapitre 1 • Une vision pour la prochaine décennie 1
1.1 Les finalités du système : prévenir, guérir, soigner 7
1.2 Face aux défis : gérer les transitions 12
1.3 Une gestion proactive 17

Chapitre 2 • L'organisation des services : passer à l'action 21
2.1 Nos constats 22
2.2 Les principes directeurs 29
2.3 Nos recommandations 32
Annexe 1 107

Chapitre 3 • Les ressources humaines : développer les compétences, raviver la fierté 111
3.1 Nos constats 112
3.2 Les principes directeurs 117
3.3 Nos recommandations 118

Chapitre 4 • Le financement public : la performance au service de la solidarité 133
4.1 Nos constats 134
4.2 Les principes directeurs 138
4.3 Nos recommandations 139
Annexe 2 196

Chapitre 5 • La gouverne : clarifier les rôles, renforcer l'imputabilité des dirigeants 199
5.1 Nos constats 200
5.2 Les principes directeurs 201
5.3 Nos recommandations 203
Annexe 3 234

Conclusion 238

LISTE DES 36 RECOMMANDATIONS ET 59 PROPOSITIONS 5.1

PARTIE II • SYNTHÈSE DES CONSULTATIONS

Chapitre 1 • L'audition des groupes nationaux 241

Chapitre 2 • Les consultations auprès de la population et des groupes dans chaque région du Québec 265

Chapitre 3 • Le vox populi et le sondage auprès de la population 297

Chapitre 4 • Les forums d'experts 321

Remerciements 401

Liste des sigles et acronymes 402

Liste des figures, tableaux et graphiques 403

Table des matières détaillée 404

AVANT-PROPOS

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux a été créée le 15 juin 2000. Son mandat consistait à tenir un débat public sur les enjeux auxquels fait face le système de santé et de services sociaux et proposer des avenues de solution pour l'avenir. Pour ce faire, elle a recueilli le point de vue de la population, des partenaires du réseau, des organisations représentatives et des experts, principalement sur les deux thèmes relatifs à son mandat : le financement et l'organisation des services.

Ce rapport contient deux parties et une annexe. La première partie, regroupée sous 5 chapitres, présente les recommandations et les propositions de la Commission. La seconde, rend compte des faits saillants des consultations effectuées auprès des citoyens, des spécialistes et des groupes. L'annexe rassemble les résumés des mémoires présentés par les groupes nationaux.

Tout au long de leurs travaux, les membres de la Commission ont cherché à couvrir, à partir d'une grille d'analyse à large spectre, l'ensemble des problématiques. Toutefois, ils sont conscients que certaines clientèles ou thématiques n'ont pu être traitées à leur mérite, compte tenu du temps limité et des choix faits par la Commission.

Les commissaires tiennent à remercier tous ceux qui ont participé aux consultations organisées partout au Québec; d'autant plus que celles-ci se sont déroulées sur une période très courte. Ils ont été impressionnés par le niveau des réflexions, la qualité des interventions et la volonté ferme de tous les acteurs de contribuer à l'amélioration de nos services sociaux et de santé. Ils veulent également remercier les nombreux collaborateurs qui ont répondu à leurs demandes avec autant d'enthousiasme.

INTRODUCTION

Les défis des temps modernes sont innombrables pour l'humanité. Souvent d'apparence insurmontables dans les pays pauvres, souvent exaltants dans les pays développés.

L'amélioration de la santé du monde est un de ces défis qui se pose partout : dans tous les pays, toutes les villes, les campagnes et les villages de la planète. Prévenir, guérir, soigner ! La santé pour tous ! Sans discrimination ! Une utopie autant qu'un objectif essentiel, fondement de la solidarité humaine.

Les pays développés ont depuis longtemps échappé au fatalisme des épidémies et de la maladie. Les sciences de la santé y ont connu un essor fulgurant. La force de la connaissance et celle des moyens économiques se sont alliées pour repousser toujours plus loin les frontières de la vulnérabilité humaine. Les pouvoirs publics sont passés de l'hygiène publique au déploiement de systèmes de santé très élaborés devenus la plus grande organisation civile dans tous les pays développés. Les citoyens prennent de plus en plus le contrôle de leur santé et veulent vivre mieux, le plus longtemps possible.

Au cours des 50 dernières années, la grande majorité des pays développés se sont donné des systèmes de santé et de services sociaux dont le financement public est prépondérant. Une seule exception demeure : les États-Unis d'Amérique. À peu près toutes les autres sociétés ont choisi, avec diverses variantes, de mutualiser le risque de la maladie par le biais d'un financement public. Les valeurs humaines sur lesquelles s'appuient tous ces systèmes de soins de santé sont les mêmes partout : la solidarité, l'équité et la compassion. Le profil de ces systèmes peut varier mais leurs assises sont les mêmes.

DES DÉFIS UNIVERSELS

Les problèmes et les défis qui assaillent les fondements de ces systèmes sont, eux aussi, semblables partout. Quelle est la finalité du système ? Y a-t-il une limite aux ressources que la société peut y investir ? Comment faire des choix ? Comment maximiser les avantages, pour la société et les individus, de l'argent disponible ? Comment préserver les valeurs qui forment l'assise de tout cet édifice sociétal ?

Les sources de toutes ces questions ne sont pas uniques, mais l'une se dégage assez nettement. Elle se situe à la jonction de l'évolution fulgurante de la connaissance et de

la possibilité, limitée, d'offrir à tous, tous les moyens disponibles que permet la science. Une sorte de rupture ou de confrontation est en vue : l'offre de la science est telle qu'elle pousse à leur limite les valeurs de solidarité et d'équité.

En d'autres mots, la multiplication des possibilités d'interventions, de plus en plus coûteuses, est confrontée aux limites de la volonté ou de la capacité financière de la collectivité. Accepter que les ressources de toute société ont des limites conduit à la nécessité de chercher les meilleurs résultats et donc à faire des choix à tous les niveaux d'un système de santé.

Jusqu'à maintenant, aucune société n'a encore trouvé l'équilibre parfait entre l'obligation de faire des choix et de performer d'une part, et celle, d'autre part, d'assurer un accès équitable à tous les services de santé possibles. Toutes cherchent leur voie.

Ces défis ne sont pas que fondamentaux, ils sont aussi d'ordre structurel, organisationnel, managérial et financier.

Au cours des 15 dernières années, la plupart des pays développés ont entrepris de revoir la gouverne de leur système, tous en évolution rapide. De la Suède à la Nouvelle-Zélande, de la Hongrie au Royaume-Uni, la remise en question de l'organisation des services est, pour ainsi dire, universelle. Dans cet effort d'adaptation, à l'échelle de la planète, chacun profite de l'expérience des autres.

L'évolution de ces énormes ensembles de services en mutation présente aussi des enjeux managériaux sans précédent, à la base comme au sommet. Le niveau de financement aussi bien que les sources et les modes d'allocation des ressources sont partout révisés et adaptés dans un même souci de cohérence avec les objectifs de santé et de bien-être de la population d'une part, et de compétitivité globale de la nation, d'autre part.

Le Québec ne fait donc pas face à un défi singulier. Il est particulier à notre contexte mais universel dans sa définition.

LE MANDAT DE LA COMMISSION

Le mandat de la Commission portait sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux. Nous devions, à cet égard, solliciter des experts nationaux et internationaux, mener des consultations auprès de groupes d'intérêt et de la

population, notamment dans les régions, et finalement soumettre des recommandations au gouvernement.

Nous avons situé ce mandat dans un contexte de réflexion d'abord québécois, puis canadien et international. Nous l'avons interprété pour l'essentiel comme une occasion de proposer des moyens permettant de protéger, d'adapter et d'améliorer notre système. Toutes nos réflexions, nos débats, de même que les nombreuses propositions que nous avons examinées, avaient la même finalité, de manière explicite ou implicite : assurer la pérennité et l'adaptation continue de notre système aux réalités contemporaines, dans l'intérêt de tous et chacun. C'est le sens de notre rapport.

Nous avons fait de notre mieux, avec un temps limité et des moyens modestes, pour aller au cœur des enjeux, sans tabou, ni idéologie. Nous avons sollicité et obtenu la confiance de tous et bénéficié aussi de la générosité de chacun. Nous avons beaucoup écouté, discuté, consulté en vue de rechercher dans l'intelligence, l'ouverture d'esprit et la volonté des acteurs eux-mêmes, une vision d'avenir pour nos services de santé et nos services sociaux à laquelle pourrait adhérer l'ensemble du Québec.

Nous espérons que plusieurs se retrouveront dans ce que nous avons voulu dessiner et proposer comme autant de solutions émergentes, avec des racines encore jeunes, mais bien québécoises, et inscrites dans une analyse universelle et contemporaine. Nous souhaitons aussi que les porteurs d'avenir que nous avons rencontrés partout au Québec et qui nous ont éclairés prendront le flambeau avec détermination. Ce sont eux qui permettront de pousser plus loin un modèle québécois original et adapté aux diversités régionales et culturelles.

FAIRE DES CHOIX ET PERFORMER

Nous voulons exprimer clairement à tous nos concitoyens les messages essentiels que nous ont inspiré nos travaux et qui sont à la base de notre rapport.

Le Québec a un système de santé et de services sociaux très élaboré auquel la grande majorité des citoyens sont très attachés et dont nous avons raison d'être fiers. Ce système fait toutefois face à des difficultés majeures qu'il serait dangereux de sous-estimer ou de laisser perdurer. Celles-ci sont d'abord organisationnelles et concernent autant les gouvernants, les gestionnaires, les professionnels et les employés que les usagers. Les citoyens doivent se préoccuper avec autant de lucidité que de sensibilité de l'avenir de leur

système en se rappelant que tout ce qu'on lui demande ne vient finalement que d'eux.

Pour assurer la pérennité de notre système, il faut d'abord accepter que les ressources que la société québécoise, comme toutes les autres, peut consacrer à la santé et aux services sociaux, sont limitées. Cette acceptation conduit à deux obligations indéniables et indissociables : faire des choix et performer.

Faire des choix : voilà un devoir qu'on ne saurait récuser. Dirigeants politiques, administrateurs, professionnels de la santé, citoyens, nous étions tous convaincus que la solidarité à la base des systèmes financés publiquement nous mettrait à l'abri de choisir. Pourtant, il faut choisir. Les dirigeants doivent choisir le niveau limite des ressources financières, choisir les services, les technologies médicales et les médicaments assurés. Les administrateurs et les cliniciens doivent également faire des choix, sinon accepter le choix des autres. Enfin, chaque citoyen doit choisir entre la solidarité, l'équité et le risque du chacun pour soi.

Une chose est claire : le laisser-porter et l'absence de choix éclairés, structurés, partagés, conduisent tout droit à l'arbitraire dans l'accès aux services et à l'effondrement de l'assise même du système, c'est-à-dire des valeurs de solidarité et d'équité. Ce n'est pas par hasard si l'Organisation mondiale de la santé, en juin 2000, lançait le mot « rationnement » pour désigner cette responsabilité de la gouverne nationale de tout pays de « *veiller à ce que leurs ressources dont le montant est limité soient affectées à des domaines considérés hautement prioritaires* »[1].

L'obligation de performer est également exigeante et non moins essentielle. Performer, ce n'est pas une opération comptable. Cela signifie plutôt qu'avec des ressources limitées, la solidarité et l'équité n'ont de sens que si l'on accomplit le maximum avec l'argent disponible.

En conséquence, l'organisation des services doit être conçue pour actualiser avec efficacité et efficience les choix susmentionnés. Performer exige de plus, l'obligation de mesurer les résultats obtenus, sur la base d'indicateurs fiables, tant cliniques qu'administratifs et financiers. Pour cela, il faudra des systèmes d'information appropriés, mais surtout une culture de l'excellence qui ne craint pas les comparaisons canadiennes et internationales mais qui, bien plutôt, les recherche.

1 Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Genève, 2000.

LES SOLUTIONS ÉMERGENTES

Nous proposons de faire face à ces deux obligations — choisir et performer — avec une nouvelle vision d'avenir plutôt qu'avec la nostalgie des anciens paradigmes. Nous proposons à tous les acteurs une sorte de « big bang » dans les idées et la manière de voir, au-delà des trop nombreuses ornières et œillères que nous avons progressivement développées.

Nous savons qu'il faudra plusieurs années d'effort pour implanter graduellement la vision proposée. Miser sur les équipes les plus volontaires, les plus prêtes à mettre en œuvre la nouvelle approche, qu'elles préconisent déjà, voilà la stratégie que nous privilégions. Il faudra donc conserver constamment un équilibre entre la volonté d'avancer et le souci de ne brusquer inutilement personne en déployant cette nouvelle manière de voir. Cela nécessitera une continuité et une stabilité tant dans les orientations que chez les dirigeants.

Nos propositions les plus importantes touchent l'organisation des services. Nous avons voulu dépasser les clichés : « le citoyen au centre du système », « l'argent suit le client », « briser les silos » pour proposer des modèles concrets de réorganisation des services, plus particulièrement de la 1re ligne sociale et médicale et des défis pour les services spécialisés pour la jeunesse ainsi que pour les établissements hospitaliers de tous les niveaux. Ces modèles s'inspirent des meilleures initiatives et propositions d'ici mais se situent aussi dans le courant des meilleures pratiques internationales.

Nous sommes profondément convaincus que ces solutions en émergence sont préférables au statu quo. Qu'il s'agisse des *Groupes de médecine familiale*, des réseaux de services intégrés, notamment pour les personnes âgées en perte d'autonomie, des services homogènes dans tous les CLSC, en particulier pour les jeunes, des hôpitaux locaux, régionaux et suprarégionaux possédant des mandats clairs, reliés entre eux par des corridors de services et des services médicaux hiérarchisés, voilà autant de propositions qui se dégagent de nos consultations.

UNE GESTION PROACTIVE

Maintenant, un nouveau leitmotiv devrait rapidement s'imposer à tout le réseau : **décider, agir, évaluer, ajuster**. C'est cela qui fera la différence entre un réseau qui tourne en rond, avec de rares projets pilotes, qu'on oublie finalement, et un réseau qui implante graduellement une nouvelle organisation de services.

Nous souhaitons vivement que l'esprit, autant que le contenu de nos propositions, axé sur la reconnaissance de l'importance de ressources humaines compétentes, motivées et valorisées par un travail sur lequel elles auront plus d'emprise dépassera le stade des vœux pieux. Cela est valable pour tous : employés de soutien, infirmières, médecins, travailleurs sociaux et autres professionnels. Ce que l'on constate, c'est que la culture du statu quo ne protège que les irritants du fonctionnement actuel.

Nous croyons que la gestion est une fonction essentielle qui a été trop longtemps dévalorisée dans le fonctionnement des services sociaux et de santé. Il faut réinjecter de fortes doses de management dans le système. Aucune organisation ne peut survivre et se développer sans chefs compétents, motivés par l'atteinte de résultats et disposant de marges de manœuvre suffisantes.

LE FINANCEMENT

Le financement de notre système est un enjeu fondamental à cause de la vulnérabilité de son assise fiscale, dans un monde de concurrence féroce où le Québec ne dicte pas les règles. Nous faisons néanmoins le pari de maintenir une forte prépondérance fiscale au financement public de nos services. Cela exigera une grande discipline de tous les acteurs et une ouverture à d'autres formes de mutualisation du risque pour éviter des opérations de délestage qu'il faut considérer comme prévisibles en cas de difficultés économiques ou d'imprévoyance sociale.

Le choix des services assurés, l'allocation des ressources aux régions et aux établissements, les modes de rémunération et de paiement des acteurs seront les clés de voûte pour sortir de l'ancienne budgétisation, sans objectifs mesurables, et passer à une gestion performante répondant aux besoins bien réels. Si nos modes de distribution des ressources ne sont pas cohérents avec les objectifs poursuivis, nous pourrions ainsi injecter des milliards de dollars additionnels et ne jamais atteindre ces objectifs.

La Commission met de l'avant une stratégie englobante et audacieuse pour soutenir le financement des besoins prioritaires et l'adaptation du réseau à des standards de qualité et de performance élevés.

Nous savons que les efforts financiers exigés tant des citoyens que des gouvernements pour appuyer la triple transition démographique, épidémiologique et technologique, au cours des prochaines années, seront importants. Nous croyons, à cet effet, que le

gouvernement du Canada doit reconsidérer sa participation dans le financement de cette transition et s'ouvrir à une modernisation de l'interprétation des cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

LA GOUVERNE

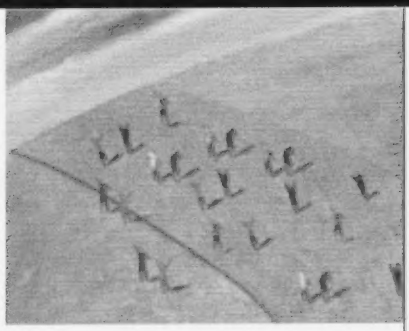
Sur le plan de la gouverne du réseau, nous proposons une « révolution tranquille », d'abord, en clarifiant les rôles puis, en précisant la cascade d'imputabilité d'un système à trois niveaux de responsabilité. Nous recommandons de bien distinguer les fonctions essentiellement politiques comme fixer les orientations, déterminer les objectifs et évaluer les résultats, de celles de la gestion des opérations. Notre vision repose sur la conviction qu'il est essentiel que la gouverne soit à la fois visionnaire et organisée à tous les niveaux. L'approche populationnelle, la revalorisation de la gestion et le rapprochement des lieux de décision des populations touchées sont autant de principes qui sous-tendent nos recommandations en matière de gouverne.

La Commission propose enfin à tous les dirigeants politiques, sociaux et économiques du Québec de s'interroger sur les meilleurs moyens à mettre en œuvre pour relever, d'ici 10 ans, les défis posés par les délicates et fondamentales décisions politiques à prendre et par l'administration générale de la plus grande organisation du Québec. Nous leur proposons donc de réfléchir à la meilleure structure opérationnelle permettant de bien gérer les quelque 200 milliards de dollars que les Québécois consacreront à la santé et aux services sociaux au cours des 10 prochaines années. Cela représente un investissement équivalant à 14 fois la Baie James. Il vaut sûrement la peine de s'y arrêter.

CHOISIR UN PROJET

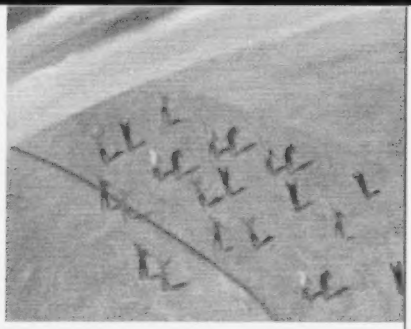
En somme, nous avons collectivement le choix. Comme dirigeant, citoyen ou dispensateur de services, nous pouvons conserver les mêmes manières de voir et de penser, puis vivre dans la nostalgie d'un statu quo dépassé où la réalité ne sera qu'une suite de crises prévisibles. Nous pouvons aussi choisir de concevoir autrement l'organisation et le financement de notre système. Nous donner collectivement une nouvelle vision, prendre les moyens de la faire grandir et nous réapproprier l'évolution de notre système. Ce projet sera exigeant pour les dirigeants politiques, les gestionnaires, les professionnels, les employés syndiqués ainsi que pour tous les citoyens.

Mais nous aurions alors en main un projet d'avenir pour notre système. Un projet pour redonner fierté et satisfaction autant à ceux pour qui existent les services qu'à ceux qui les dispensent. Un projet pour redonner tout son sens à la solidarité sociale et au travail bien fait.



PARTIE I

ANALYSE ET RECOMMANDATIONS



PARTIE I

1

UNE VISION POUR LA PROCHAINE DÉCENNIE

Aux yeux de la Commission, les préoccupations du Québec à l'égard de son système de santé trouvent écho dans le cadre de réflexion mis de l'avant par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant* [2]. La Commission s'est inspirée de ce cadre d'analyse pour proposer une vision pour la prochaine décennie. Les experts rencontrés ont souligné, qu'appliqué à un système moderne comme celui que nous voulons pour le Québec, le cadre de l'OMS propose une perspective vraiment pertinente pour une démarche comme la nôtre. L'Institut national de santé publique du Québec nous l'a d'ailleurs proposée.

Le cadre de l'OMS repose sur plusieurs éléments. Tout d'abord, un système de santé y est défini comme « *l'ensemble des activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer et maintenir la santé* ». Cette définition englobe les services aux individus, les activités collectives de prévention et les politiques sociales visant à améliorer la santé et le bien-être. C'est là une conception largement partagée par les groupes entendus lors des consultations régionales et des audiences nationales.

Comme le souhaite la majorité des groupes et des experts rencontrés, le cadre de l'OMS reconnaît également la responsabilité centrale de l'État à l'égard de la santé et du bien-être de la population. Dans ce modèle, c'est le gouvernement qui est responsable de la performance d'ensemble du système; il doit en assumer le pilotage, notamment en ce qui concerne la conduite des actions intersectorielles, et en assurer sa viabilité. Il lui appartient d'en définir les grands paramètres et d'en fixer le niveau de financement, en fonction des choix politiques et sociaux qu'il fait ainsi que des valeurs et des attentes de la population.

Le cadre de l'OMS rejoint aussi plusieurs des commentaires entendus par la Commission quant aux objectifs du système. Selon la perspective de l'OMS, tout système de santé doit en effet viser trois grands objectifs, soit :

La santé : améliorer globalement la santé et le bien-être des individus et de la population, ainsi que réduire les écarts de santé et de bien-être entre les groupes qui composent la société;

2 Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Genève, 2000.

La réactivité : répondre aux attentes légitimes des individus et des groupes, sans discrimination. Cela s'exprime par le respect des personnes et de leur droit à la dignité, à la confidentialité et à l'information ainsi que par l'attention portée aux personnes, soit notamment la rapidité de la prise en charge, les délais d'attente raisonnables, la qualité de l'environnement et la possibilité de choisir son prestataire de services;

L'équité du financement : assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé et répartir équitablement le fardeau du financement et le partage des risques.

Viser la performance

L'approche de l'OMS offre l'intérêt de lier le débat sur le niveau de financement à l'atteinte des objectifs globaux de santé et de bien-être, de réactivité et d'équité dans la répartition du financement. Dans ce modèle d'analyse, la performance du système se mesure dans le rapport entre l'atteinte de ces grands objectifs et les ressources investies : pour un niveau de ressources donné, le système de santé est d'autant plus performant que le degré d'atteinte des objectifs est élevé. La principale préoccupation des dirigeants et gestionnaires du système est d'en améliorer la performance, c'est-à-dire d'obtenir les meilleurs résultats compte tenu des ressources disponibles.

Selon l'OMS, la performance d'un système de santé dépend de la façon dont il s'acquitte de quatre fonctions fondamentales :

- la prestation des services,
- la gestion des ressources,
- le financement,
- l'administration générale.

En ce qui concerne **la prestation des services**, le choix et l'organisation des services sont déterminants. Les ressources étant limitées, il faut les affecter aux interventions correspondant aux priorités établies et reconnues efficaces et rentables. Quant à l'organisation des services, l'OMS favorise l'intégration souple des prestataires de soins par des ententes contractuelles, plutôt que par des structures hiérarchiques, bureaucratiques et centralisées ou des marchés non réglementés. L'approche de contrats à long terme offre plus de souplesse et de meilleures possibilités d'innovation tout en per-

mettant un contrôle général des objectifs stratégiques et la protection financière des individus. L'échange d'information sécurisée par les techniques modernes de communication favorise l'intégration et elle préserve le respect de la confidentialité de même que l'autonomie des prestataires de soins.

Pour l'OMS, tout système de santé se caractérise par une **grande diversité de ressources** qu'il faut gérer adéquatement : des ressources humaines parfois très spécialisées et longues à former, des installations matérielles, des équipements, des fournitures, des médicaments, de l'information et des connaissances. Il importe d'assurer la qualité de ces ressources et de bien répartir le financement entre les dépenses de fonctionnement et les investissements. Une bonne performance exige de bien planifier et d'équilibrer le dosage de ces divers types de ressources selon l'évolution des besoins, des attentes de la population et de la technologie disponible. On pense ici, par exemple, à la répartition géographique des médecins, à l'équilibre entre le nombre de médecins de famille et de spécialistes et à la répartition des champs de pratique entre les diverses professions de la santé et des services sociaux.

Sur le plan du **financement**, l'OMS juge essentiel de prévoir un niveau de prépaiement élevé pour les services prioritaires assurés, soit par un financement public provenant des impôts et des taxes, soit par une assurance obligatoire avec cotisation et prime. C'est la meilleure façon de garantir l'équité et la protection contre les risques financiers liés à la maladie. L'OMS recommande d'éviter la fragmentation du financement et d'introduire des mécanismes de paiement pour les institutions et les professionnels qui incitent à améliorer la qualité des services et la réactivité du système. Elle suggère d'explorer des stratégies d'achat cohérentes avec les objectifs du système. De telles stratégies permettraient de chercher les meilleures interventions disponibles et de créer une forme de concurrence entre les prestataires au sein d'un système financé et contrôlé par l'État. Enfin, selon l'OMS, le niveau de financement n'est pas un objectif du système de santé car fixer le niveau et les sources de financement est un choix social et politique.

Une bonne **administration générale** est indispensable pour améliorer la performance d'un système de santé. Pour l'OMS, cette administration générale relève de l'État. Le gouvernement donne une vision globale et définit le rôle des principaux acteurs au sein du système. Il s'inspire d'un scénario réaliste qui tient compte des ressources et qui cherche à atteindre les objectifs prévus. Il dispose d'un système d'information comprenant des indicateurs de performance sur les fonctions clés et sur la réalisation des

objectifs. Il a la capacité de repérer les problèmes globaux du système à tout moment et d'évaluer les différentes solutions. Il exerce son influence par des stratégies de réglementation et de sensibilisation conformes aux objectifs du système et les applique de façon rentable. Dans l'intérêt de l'ensemble de la population, il définit le rôle du système et mobilise les secteurs privé et sans but lucratif vers la réalisation des objectifs. Enfin, comme le souligne Mme Gro Harlem Brundtland, directeur général de l'OMS, dans son message d'introduction, « *l'administration générale consiste en dernier ressort à superviser la totalité du système, en évitant de faire preuve de myopie, d'étroitesse de vue, voire de cécité, devant les défaillances d'un système* ».

FAIRE DES CHOIX : UNE NÉCESSITÉ

On dispose aujourd'hui de technologies de diagnostic et de traitement de plus en plus sophistiquées, que ce soit en fait d'équipements ou de médicaments. Ces technologies permettent généralement d'obtenir de meilleurs diagnostics, d'offrir des traitements plus adéquats, de prolonger la vie, d'en améliorer la qualité et, dans certains cas, de réaliser des économies. Dès que ces technologies deviennent disponibles, les professionnels et la population veulent y avoir accès. Or, ces développements technologiques n'ont pas tous la même efficacité. Certains coûtent très cher non seulement à l'achat mais aussi pour leur fonctionnement.

Une évaluation récente du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETS)[3] illustre de façon frappante les pressions exercées par les nouvelles technologies coûteuses. Les *dispositifs d'assistance ventriculaires implantables* (DAVI) sont des pompes miniatures implantées chez certains patients souffrant d'insuffisance cardiaque pour augmenter leur chance de survie dans l'attente d'une transplantation cardiaque. Selon le CETS, le coût d'une transplantation cardiaque est d'environ 200 000 $ si l'on tient compte du coût de l'appareil et de son installation et du fait que 30 % des patients ayant reçu un DAVI ne survivent pas jusqu'à la transplantation. Chaque année, environ 1 500 patients québécois pourraient bénéficier de cette nouvelle technologie : si l'implantation des DAVI se généralisait, il faudrait y consacrer un demi-milliard de dollars par an.

3 Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (2000), Les dispositifs d'assistance ventriculaires implantables : devraient-ils être employés au Québec ? Cas tiré du mémoire présenté par l'Institut national de santé publique du Québec. Le Conseil est devenu récemment l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS).

Au moment de l'étude du CETS, au moins trois implantations de DAVI avaient été réalisées sans qu'une décision formelle d'inclure ou non cette intervention parmi les prestations assurées ait été prise. Les technologies sont disponibles, les indications médicales sont claires et il n'existe aucune directive spécifiant si le service est assuré ou non. Chose certaine cependant, la généralisation du DAVI aurait un impact majeur sur les dépenses de santé et les ressources qui y seraient consacrées ne seraient pas disponibles pour des interventions peut-être plus efficaces, touchant un plus grand nombre de personnes. Par exemple, selon le mémoire de l'Institut national de santé publique du Québec, le CETS estime qu'avec la technique du DAVI, il en coûte, selon les applications, de 50 000 $ à 186 000 $ pour ajouter une année de vie. Par comparaison, le rapport coût-efficacité du dépistage du cancer du sein a été évalué à environ 5 000 $ par année de vie ajoutée. Dans un contexte de ressources financières limitées, ce genre de situation pose de douloureux choix éthiques.

Pour l'OMS, il devient donc important de reconnaître que tout système doit rationner : « *même dans les pays riches, aucun système de santé ne permet de répondre à tous les besoins; il faut donc soigneusement choisir les services à assurer en priorité, sans quoi ce qui sera fait risque d'être différent de ce que l'on doit raisonnablement considérer comme le plus important* ».[4] En d'autres termes, établir des priorités devient inévitable : si des services doivent être dispensés à tous, tous les services ne peuvent être dispensés. L'État a donc la responsabilité de mettre en place les mécanismes décisionnels permettant de faire de tels choix.

Dans cet esprit, un *nouvel universalisme* est à promouvoir selon l'OMS : on doit dispenser à tous ceux qui en ont besoin des soins essentiels de haute qualité, en fonction de critères d'efficacité, de coût et d'acceptabilité sociale. On doit fixer un ordre de priorité des interventions en respectant le principe éthique selon lequel il peut être nécessaire et efficace de rationner les services, mais qu'il est inadmissible d'exclure des groupes entiers de la population.

L'approche proposée ne se réduit aucunement à une « désassurance » technique de services ne visant qu'à réduire les coûts. Ce qui est proposé ici, c'est de définir, à partir de priorités « sociales », des services à offrir en fonction d'un objectif, celui d'optimiser

4 Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Genève, 2000, p.58.

l'effet sur la santé de la population, en tenant compte des indications cliniques et des ressources disponibles mais aussi des objectifs d'équité, des dimensions éthiques et des autres priorités que se donne la société.

Sachant que la demande de la population porte généralement sur des interventions cliniques et non sur des activités de prévention, l'une des principales tâches des responsables du choix des services prioritaires consiste à établir un équilibre entre les activités de santé publique axées sur toute une population et les activités cliniques destinées à des individus.

1.1 LES FINALITÉS DU SYSTÈME : PRÉVENIR, GUÉRIR, SOIGNER

Les Québécois considèrent généralement la santé comme une richesse individuelle et collective. Attachés à cette valeur, ils voient généralement les dépenses de santé comme un investissement qui contribue tant au bien-être personnel qu'au développement collectif et à la prospérité de la société. Ils sont aussi solidaires pour assurer de façon équitable l'effort nécessaire pour soutenir cet investissement.

Cette conviction, maintes fois entendue lors des consultations régionales et des audiences nationales, montre bien la responsabilité partagée de l'État et des individus à l'égard de la santé et du bien-être. Elle résume aussi avec justesse la double raison d'être du système de santé et de services sociaux : d'une part, permettre à chaque personne et à la collectivité de se développer et de jouir le plus longtemps possible de sa santé et, d'autre part, assumer collectivement les risques de maladie, d'accident ou de problème psychosocial encourus par chaque citoyen tout au long de sa vie.

1.1.1 UN INVESTISSEMENT DANS LA SANTÉ

Le lien entre la santé et les conditions de vie n'est plus à démontrer. Nous savons aujourd'hui qu'il est possible, voire nécessaire, d'agir collectivement sur les grands déterminants de la santé, notamment sur les habitudes de vie, l'éducation, l'emploi, le revenu et l'environnement. C'est à l'État qu'il revient d'amorcer les activités de

prévention, de protection et de promotion de la santé et de mettre en place les conditions susceptibles de développer la capacité des individus et des collectivités à se prendre en charge.

Dans ce domaine, les interventions collectives de prévention de même que les pratiques préventives intégrées à la pratique clinique se révèlent souvent efficaces et rentables. Ainsi, les interventions contre les risques infectieux, environnementaux et occupationnels ainsi que celles visant à modifier des habitudes de vie ou des conditions de vie nuisibles à la santé peuvent contribuer directement à améliorer l'état de santé des individus et de la collectivité et à réduire les inégalités de santé que l'on constate encore parmi la population québécoise.

Convaincue de la nécessité de soutenir le développement du potentiel-santé de la population, la Commission considère qu'il faut prévoir des modes d'organisation et de financement appropriés en vue de favoriser l'intégration des activités de prévention et de promotion de la santé comme une priorité dans l'ensemble des services offerts par l'État.

1.1.2 UNE PROTECTION CONTRE LA MALADIE

Tout en reconnaissant la nécessité d'élargir la place de la prévention, la plupart des Québécois veulent d'abord être assurés de recevoir, pour eux-mêmes et pour leurs proches, les meilleurs soins et services possibles en cas de maladies, d'accidents ou de problèmes psychosociaux.

Pour des raisons historiques, notre système a jusqu'ici privilégié les services « médicalement requis » et « dispensés à l'hôpital ». Avec l'arrivée de nouvelles technologies et de nouvelles approches cliniques qui ont entraîné le développement des services ambulatoires et l'intégration sociale, plusieurs responsabilités auparavant assumées par l'hôpital ou le centre d'accueil sont aujourd'hui transférées vers d'autres établissements, vers la famille, vers la communauté et ses organismes. Ces transformations sont encore récentes et il existe encore insuffisamment de mécanismes ou de ressources pour soutenir les personnes et les groupes qui assument ces responsabilités. C'est donc parfois l'organisation même du système de santé et de services sociaux qui devient source d'iniquité puisque des services qui étaient assurés quand l'hôpital ou le centre d'accueil les dispensait ne le sont plus quand c'est la communauté ou la famille qui le fait.

Force est aussi de constater que la notion du « médicalement requis » qui sert toujours de base au financement du régime de santé canadien, offre peu de réponse aux besoins des personnes et des groupes confrontés à des problèmes sociaux comme la violence familiale, la toxicomanie, l'itinérance et l'isolement social. On sait pourtant que ces problèmes ont des conséquences souvent dramatiques sur la santé physique et mentale de ceux qui y sont confrontés. Comment faire en sorte, dès lors, que les services qui seraient par ailleurs « socialement requis » et prioritaires, reçoivent l'attention et les ressources qu'ils méritent dans un modèle fondé sur le « médicalement requis » ?

À cette question s'ajoute celle, de plus en plus préoccupante, des services de diagnostic ou de traitement « technologiquement requis ». À l'évidence, les percées technologiques des dernières années contribuent à sauver ou à allonger la vie et à en améliorer la qualité. Chaque année, les progrès technologiques, dont les nouveaux médicaments, offrent en outre de nouvelles possibilités de diagnostic ou d'intervention qui suscitent l'espoir chez plusieurs. Largement médiatisées, ces nouveautés en viennent à être perçues comme des services de santé courants: les représentations et les pressions faites pour les inclure dans le panier de services assurés sont énormes.

Un nombre croissant de citoyens, bien au fait de leur état de santé, tient aussi aujourd'hui à prendre eux-mêmes les décisions qui concernent leur santé et leur bien-être. Ils veulent avoir accès à une information pertinente et de qualité leur permettant de faire des choix éclairés et de recevoir des services correspondant à leurs valeurs et à leurs attentes.

Dans les sociétés de consommation, comme la nôtre, on constate également que les services de santé sont fréquemment perçus comme des « commodités », c'est-à-dire comme des biens de consommation parmi d'autres. Si un service est jugé utile et qu'il est disponible, plusieurs tiennent à pouvoir y avoir accès, sans délai, quitte à en assumer les coûts directement.

En somme, de plus en plus de citoyens veulent décider eux-mêmes des enjeux qui touchent leur santé. Ils veulent le meilleur service, au bon moment et au meilleur coût.

1.1.3 PRÉVENIR, GUÉRIR, SOIGNER

De l'avis de la Commission, l'adaptation du système de soins de santé et de services sociaux implique de cibler, pour l'ensemble de la population, des objectifs pertinents

établis en fonction de l'état de santé de celle-ci. Selon cette approche, illustrée à la figure 1, la population québécoise se partage, comme toute autre, en trois grands groupes[5] : les personnes percevant leur santé comme très bonne ou excellente, les personnes percevant leur santé comme bonne et celles qui la perçoivent comme moyenne ou mauvaise.

FIGURE 1 **L'objectif prioritaire des interventions selon l'état de santé perçu par la population**

Source : Rapport annuel 1999 sur la santé de la population montréalaise. *Prévenir, guérir, soigner : les défis d'une société vieillissante*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 1999.

Dans le premier groupe, auquel appartient plus de la moitié de la population, l'objectif prioritaire est de « **prévenir** », c'est-à-dire de préserver et, si possible, d'accroître le « potentiel-santé » des personnes qui en font partie. À ce jour, on constate qu'il n'existe pas suffisamment d'interventions préventives systématiques destinées à ce groupe et que les efforts du Québec à l'égard des déterminants de la santé sont moins intenses que dans d'autres sociétés développées.

Le deuxième groupe, qui représente un peu plus du tiers de la population, comprend les personnes qui présentent des problèmes aigus réversibles, des problèmes chroniques, des facteurs de risque ou d'autres problèmes de santé pour lesquels il existe des traitements efficaces. À l'égard de ce groupe, l'objectif prioritaire est de « **guérir** », c'est-à-dire de mettre en œuvre les moyens curatifs appropriés afin de maîtriser les facteurs de risque et, le cas échéant, d'intervenir précocement dans l'évolution de la maladie afin d'en retarder

5 Rapport annuel 1999 sur la santé de la population montréalaise. *Prévenir, guérir, soigner : les défis d'une société vieillissante*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 1999.

la progression et de réduire le risque de complications. Les changements de comportement et un recours optimal à des traitements curatifs représentent ici les principales stratégies. Des approches de réadaptation psychosociale ou physique offrent également un grand intérêt dans la mesure où elles permettent souvent une récupération importante sinon complète de l'autonomie des personnes.

Dans le troisième groupe, qui représente 11 % de la population, « **soigner** » est l'objectif prioritaire. Les personnes qui font partie de ce groupe présentent une santé détériorée qui s'accompagne d'un déficit ou d'une incapacité généralement irréversible. Dans de telles situations, les approches thérapeutiques visent non pas la disparition du problème mais plutôt l'amélioration de la capacité à composer avec le problème, à vivre une vie satisfaisante malgré celui-ci. Les services requis font appel à des interventions généralement à faible intensité technologique : ici, la qualité de la relation entre le soignant et la personne soignée revêt une importance primordiale.

Bien que cette façon de schématiser ne doive pas faire oublier que des interventions visant à prévenir, à guérir et à soigner sont réalisées auprès de chaque groupe, le modèle offre l'avantage de clarifier les objectifs prioritaires à privilégier selon l'état de santé de la population. Il montre également qu'un certain équilibre est à rechercher entre prévenir, guérir et soigner.

Au Québec et ailleurs dans le monde, l'expérience montre qu'un tel équilibre est difficile à atteindre. Ainsi, on assiste souvent à une réduction des activités de prévention lorsque s'accroît la pression pour intensifier les activités visant à guérir et à soigner. Et quel est le juste équilibre des interventions visant à guérir ? Sous-utiliser des technologies utiles auprès de certaines personnes qui en ont besoin ou surutiliser des interventions curatives auprès de personnes souffrant de conditions irréversibles ou incurables. Ces deux décisions constituent des enjeux de taille pour les cliniciens comme pour les gestionnaires. Comment, enfin, répondre adéquatement à l'objectif de soigner ? L'approche institutionnelle privilégiée au Québec depuis des décennies jusqu'à tout récemment a d'autant retardé la mise en place de ressources communautaires plus près du milieu de vie des personnes en perte d'autonomie. Il reste donc beaucoup à faire dans le domaine des soins et des services à domicile afin de favoriser les meilleures pratiques de prise en charge des personnes dont la santé s'est gravement détériorée ou qui sont en fin de vie.

1.2 FACE AUX DÉFIS : GÉRER LES TRANSITIONS

Le secteur de la santé et des services sociaux sera confronté à des défis majeurs au cours des prochaines décennies. De l'avis de la Commission, l'adoption d'une approche de gestion préventive est la seule qui permette de faire face aux transitions sociodémographique, épidémiologique et technologique qui s'amorcent.

1.2.1 LA TRANSITION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

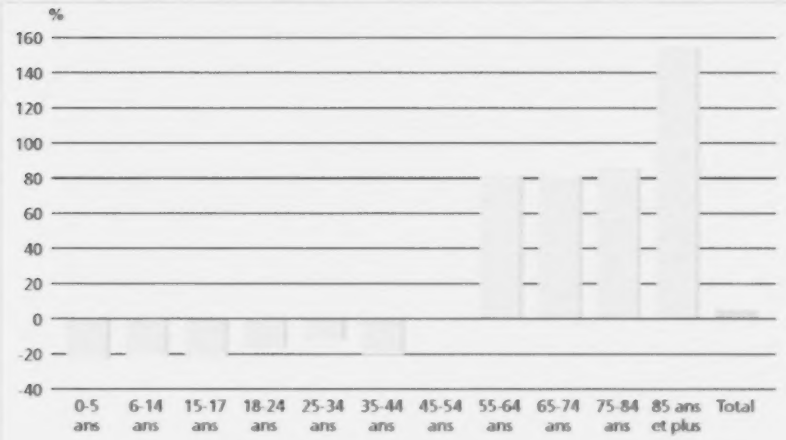
La modification rapide de la composition de la population constitue le premier défi du système de santé et de services sociaux. De 1996 à 2021, on prévoit que le nombre des 0-14 ans diminuera de 20 %, celui des 15-64 ans ne bougera pas, tandis que les 65 ans et plus croîtront de 92 %. Ne serait-ce de ce phénomène, la population du Québec aurait déjà commencé à diminuer. Un examen plus détaillé nous révèle que la population des 65-74 ans augmentera d'un peu plus de 80 %, celle des 75-84 ans, d'environ 90 % et celle des 85 ans et plus, d'au-delà de 150 %[6] (graphique 1).

Cette évolution démographique aura, selon toute vraisemblance, un impact substantiel tant sur les valeurs de la société que sur l'organisation et la prestation des services. Cela est particulièrement vrai dans le domaine des services hospitaliers. L'analyse des profils de consommation actuels des 65-74 ans et des 75-84 ans démontre une surreprésentation de ces groupes pour les taux de journées d'hospitalisation en soins physiques de courte durée.[7]

Sur les plans social et économique, tout indique que les inégalités sociales et la pauvreté, qui touchent directement les femmes chefs de famille monoparentale et leurs enfants, persisteront et continueront d'influer fortement sur la demande de services. Les réalités changeantes des dynamiques familiales et communautaires confronteront le réseau à des situations nouvelles, pour lesquelles il faudra trouver des solutions toutes aussi nouvelles.

6 Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques des régions administratives et des MRC 1996-2021*, Québec, 2000.
7 Roy, D., Choinière, R., Lessard, D., *Évolution des besoins de la population et implications pour le système de santé*. Présentation de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec – Santé publique, septembre 2000.

GRAPHIQUE 1 **Taux d'accroissement de la population selon l'âge, Québec, 1996-2021**



Source : *Évolution des besoins de la population et implications pour le système de santé*. Présentation de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec – Santé publique, septembre 2000.

Faire face à la transition sociodémographique exigera une grande souplesse de la part du système de santé et de services sociaux et de ses partenaires, surtout à l'échelon des autorités locales et régionales qui devront percevoir les besoins changeants de la population. Pour ce faire, il faudra améliorer la capacité du système d'appréhender et de capter les besoins émergents des personnes et des collectivités, tout autant que sa capacité d'y répondre.

1.2.2 LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

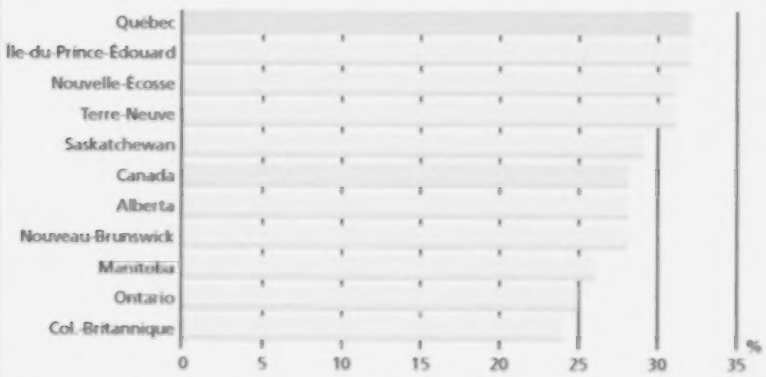
D'une situation marquée par la forte prépondérance des maladies infectieuses jusqu'au milieu des années 1940, le Québec est passé à une période où les maladies vasculaires, les traumatismes et les maladies respiratoires constituent les grands fléaux, avec le cancer qui prend graduellement de l'importance et le sida apparu au début des années 1980. Aujourd'hui, les différentes formes de cancer, le diabète et les problèmes ostéo-articulaires constituent des sources importantes de morbidité et de mortalité et, par ailleurs, les problèmes de violence, le suicide, les troubles d'adaptation, souvent liés au stress, sont à la hausse, de même que les troubles mentaux.

Tout indique que cette transition épidémiologique se poursuivra au moins jusqu'à 2020

quand s'ajouteront les problèmes de santé propres à une population statistiquement vieillissante, notamment les troubles cognitifs, les maladies neuro-dégénératives et le cumul, chez des personnes âgées frêles, de divers problèmes de santé concomitants ainsi que les problèmes liés à la perte d'autonomie et à l'incapacité.

On assiste d'ailleurs déjà à une forte croissance de la prévalence et du nombre de personnes atteintes d'incapacité au Québec[8]. Cette progression marquée est surtout attribuable à la hausse de l'espérance de vie. Toutefois les années de survie sans incapacité ne semblent pas augmenter au même rythme. Sachant que l'incapacité est un facteur fortement associé à l'utilisation des services de santé, on comprend l'impact majeur que pourrait avoir cette tendance sur le système de santé et de services sociaux. Les données sur les déterminants de la santé sont tout aussi inquiétantes. Comme on le sait, le Québec se situe en tête des provinces canadiennes pour le tabagisme (graphique 2). Le facteur tabac explique d'ailleurs à lui seul une large part du fardeau accru d'incapacité observable au Québec au cours de la dernière décennie.

GRAPHIQUE 2 **Proportion de fumeurs actuels, selon la province, Canada, 1996-1997**



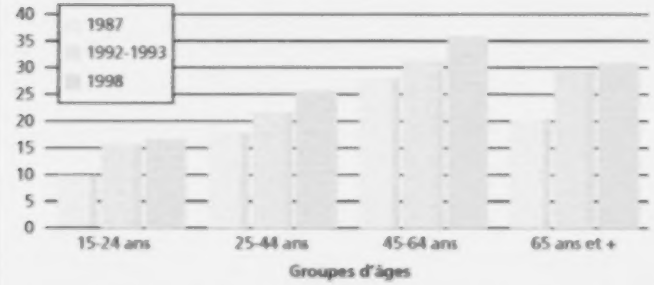
Source : *Évolution des besoins de la population et implications pour le système de santé.* Présentation de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec – Santé publique, septembre 2000.

Autre fait troublant : le nombre croissant de personnes qui présentent un excès de poids.

8 De 1987 à 1998, le nombre de personnes avec incapacité est passé de 550 000 à 750 000 au Québec, soit une hausse de 40 % en une décennie. Source : Roy, D., Choinière, R., Lessard, R. *Évolution des besoins de la population et implications pour le système de santé.* Présentation de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec – Santé publique, 1er septembre 2000.

Avec plus de 35 % de la population âgée de 45 à 64 ans ayant un excès de poids, il faut s'attendre à une hausse notable des problèmes chroniques de santé associés à l'obésité, notamment le diabète et les problèmes cardiaques. L'évolution de la population présentant un excès de poids entre 1987 et 1998 est présenté au graphique 3.Cette tendance est d'autant plus préoccupante que la population québécoise est, dans l'ensemble, sédentaire.

GRAPHIQUE 3 **Proportion de la population présentant un excès de poids, selon l'âge, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**



Source : *Évolution des besoins de la population et implications pour le système de santé*. Présentation de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec – Santé publique, septembre 2000.

Sur le plan psychosocial, les changements relatifs au style de vie et à la structure familiale pourraient avoir un impact sur le soutien social dont bénéficient les Québécois. Si l'on considère les tendances observées au cours des dernières années, il est prévisible que de plus en plus de personnes vivront seules chez elles, ce qui pourrait se traduire par des besoins d'aide accrus de la part des intervenants du système de santé.

Bien qu'il soit difficilement quantifiable, le stress résultant des difficultés d'adaptation aux nouveaux modes d'organisation de la vie en société et des nouveaux modes de travail soulève d'autres incertitudes. Les troubles liés au stress et à la santé mentale sont devenus la première cause d'absentéisme pour maladie.

Par ailleurs, les changements environnementaux, notamment le risque de détérioration de la qualité de l'air, pourraient affecter les villes d'une certaine taille. Une population vieillissante sera plus vulnérable aux changements appréhendés. Par ailleurs, ses besoins en matière de logement devront aussi être considérés de même que le rôle primordial du cadre de vie, qui détermine la capacité des aînés à conserver leur autonomie et un mode de vie actif et qui, dans les faits, sont essentiels pour réduire les incapacités.

Même s'ils ne représentent plus une cause de mortalité aussi grande qu'auparavant, il faut prévoir que les agresseurs biologiques, et les maladies transmissibles dont ils sont la cause, continueront d'exercer une influence prépondérante. C'est le cas, par exemple, de l'hépatite C dont l'incidence et le fardeau pour la société avaient jusqu'à récemment été largement sous-évalués et du sida qui devient progressivement une maladie chronique grâce aux nouvelles thérapies. Il est également probable que le phénomène des souches bactériennes résistantes aux antibiotiques se poursuive et même s'accentue. Heureusement, toutefois, de nouvelles préparations vaccinales devraient permettre d'immuniser les populations vulnérables.

Relever le défi de la transition épidémiologique exigera donc l'adoption d'objectifs clairs de lutte contre les principaux problèmes sociaux et de santé. Des programmes spécifiques, s'appuyant sur les connaissances les plus récentes et toute l'expertise disponible, semblent en effet le meilleur moyen de faire face aux défis.

1.2.3 LA TRANSITION TECHNOLOGIQUE

Les percées technologiques, dont la mise au point de nouveaux médicaments, présentent sans conteste un fort potentiel de bénéfices pour la santé. Parallèlement toutefois, l'explosion technologique risque de compromettre la capacité de l'État d'en financer les coûts. L'effet conjugué de l'évolution des besoins et de la croissance des possibilités diagnostiques et thérapeutiques a d'ailleurs déjà des impacts sur la santé financière du système de santé et de services sociaux.

Les données disponibles confirment une hausse constante de la consommation de médicaments, et ce, pour toutes les catégories d'âge de 25 à 100 ans. Cette utilisation plus fréquente de la médication explique une bonne part de la croissance des coûts enregistrée au chapitre des médicaments, qui atteint environ 15 % par an. Dans certains cas, un nouveau médicament s'accompagne de réels bénéfices pour la santé; dans d'autres, ils ne sont pas significatifs. Il faudra mener de sérieuses analyses coûts-bénéfices avant d'inclure de nouveaux produits au formulaire des médicaments assurés, ce qui entraînera de grands développements dans le domaine de la pharmaco-économie d'ici 10 ans.

Les percées technologiques touchent aussi les équipements diagnostiques, et en particulier les techniques d'imagerie médicale. Au Québec, l'Agence d'évaluation des

technologies et des modes d'interventions en santé (AETMIS), est notamment chargée d'étudier les nouvelles technologies et de faire des recommandations quant à leur pertinence et leur efficacité. Une meilleure planification d'ensemble améliorerait aussi grandement l'impact des décisions et des investissements relatifs au parc technologique.

Par ailleurs, les technologies de l'information et des télécommunications se développent à un rythme accéléré et transforment en profondeur le fonctionnement des organisations. Ces technologies permettent aux professionnels d'échanger, en temps réel et à distance, de l'information clinique et d'avoir accès à des connaissances nouvelles. Elles offrent la possibilité d'améliorer l'évaluation des services en mettant en relation des données cliniques, financières et opérationnelles. Ce sont aussi des outils modernes d'aide à la décision, tant cliniques que de gestion. Ces technologies présentent un potentiel élevé d'amélioration de la productivité de nos organisations mais elles exigent des investissements majeurs en matière d'infrastructure et d'application.

Dans un contexte de ressources limitées, le système de santé et de services sociaux se trouve ainsi confronté, d'un côté, à une forte demande pour de nouvelles technologies toujours plus coûteuses et de l'autre, à des besoins croissants pour des services autres que curatifs, dont les interventions sur les déterminants de la santé, les services sociaux, l'hébergement et les soins à domicile. Faire face à la transition technologique exigera de faire des choix. Ces choix devront non seulement viser à maximiser l'effet des interventions sur la santé des individus et de la collectivité mais aussi contribuer à atteindre les objectifs de santé et d'équité du système.

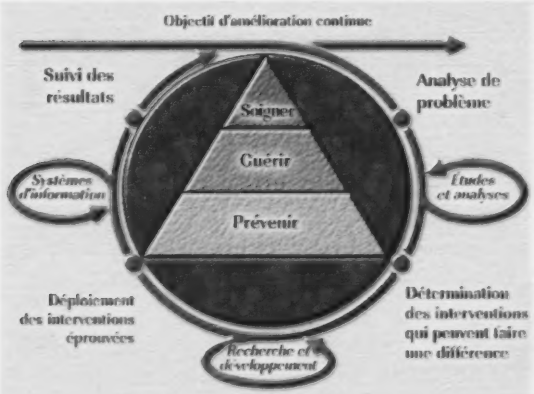
1.3 UNE GESTION PROACTIVE

Les défis des transitions sociodémographique, épidémiologique et technologique qui se posent actuellement au Québec sont majeurs. Ils exigent d'analyser les problèmes et leurs causes, d'évaluer les enjeux et les risques, de faire des choix parmi des solutions possibles, donc de prendre des décisions, de passer à l'action, d'évaluer les résultats et d'adapter les actions en conséquence. Ce sont là des responsabilités de gestion. Notre système de santé et de services sociaux doit se donner une vision commune de la gestion. Cette vision doit être partagée par les professionnels, les gestionnaires et l'État payeur–assureur. Tous ont des choix à faire, des décisions autant politiques, cliniques que

de gestion doivent être prises quotidiennement. Dans notre domaine, ces décisions sont parfois complexes et incertaines. Les décideurs ont besoin d'outils d'aide à la décision, chacun à leur niveau. C'est le rôle des gestionnaires de fournir ce cadre et ces outils pour faire les meilleurs choix possibles.

La Commission propose une approche de gestion autour des grands objectifs de *prévenir, guérir, soigner*. Cette approche de gestion préventive s'inspire du cycle classique de gestion. Elle est illustrée dans la figure 2.

FIGURE 2 **Objectif d'amélioration continue**



Source : Rapport annuel 1999 sur la santé de la population montréalaise. *Prévenir, guérir, soigner : les défis d'une société vieillissante*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 1999.

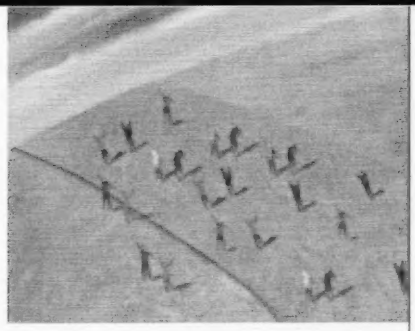
Centrée sur les objectifs de santé et de services sociaux, cette approche s'inscrit dans une logique d'amélioration continue. Elle procède en séquence : l'analyse des problèmes et de leurs causes, l'identification des interventions disponibles, le déploiement d'interventions efficaces et le suivi systématique de leurs résultats. Elle s'applique à chaque palier du système : local, régional et national aussi bien que dans le cadre des relations entre les professionnels et les personnes qui les consultent.

Cette approche repose, à chaque étape, sur une gestion de l'information et sur des données probantes. Pour la décision clinique, ce sera l'histoire de cas et les examens nécessaires pour préciser le diagnostic, le choix de l'intervention thérapeutique fondée

sur les résultats de recherche ou l'expérience, et un suivi clinique approprié. Pour la décision administrative, il faudra des études et des analyses, et développer des systèmes d'information et des indicateurs. En ce qui concerne le choix des politiques publiques, les informations sur les rapports avantages-coûts seront croisées avec d'autres choix politiques et soupesées à la lumière des valeurs et des orientations quant aux grands enjeux sociaux.

La gestion préventive est basée sur une approche de gestion « anticipative » et proactive, qui favorise la prise de décision fondée sur les meilleures connaissances dans une optique d'efficacité pour le plus grand nombre, au meilleur coût possible, et permettant de protéger la pérennité des autres investissements sociaux essentiels au développement de la société. Elle vise, en somme, à développer et à conserver le potentiel de santé et de bien-être des personnes et des communautés.

Comme on le verra plus loin, les recommandations de la Commission s'inspirent directement de cette approche de gestion préventive. L'avenir de notre système de santé et de services sociaux repose sur les choix que nous faisons aujourd'hui : pour nous, il ne fait aucun doute que l'adoption de ce modèle, à tous les niveaux décisionnels du réseau, peut contribuer à rehausser la performance globale du système et à faire face aux grandes transitions auxquelles il sera confronté.



PARTIE I/2

L'ORGANISATION DES SERVICES : PASSER À L'ACTION

2.1 NOS CONSTATS

2.1.1 UNE RÉALITÉ COMPLEXE, DIVERSIFIÉE ET EN CONSTANTE ÉVOLUTION

L'organisation des services de santé et des services sociaux est une réalité complexe, diversifiée et en constante évolution. Cette réalité présente les mêmes défis dans tous les pays industrialisés, comme l'ont démontré les forums d'experts organisés par la Commission.

Les services de santé

Le développement de nouvelles technologies et de nouveaux médicaments, l'acquisition de nouvelles connaissances et la spécialisation des professions permettent de « guérir » plus rapidement les personnes atteintes de maladies aiguës et de mieux « soigner » les personnes atteintes de maladies chroniques.

À présent, pour certaines interventions chirurgicales, on séjourne moins longtemps à l'hôpital. Par ailleurs, plusieurs maladies chroniques sont en croissance, comme les cancers, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance pulmonaire, la maladie d'Alzheimer, la perte d'autonomie chez les personnes âgées et certains troubles mentaux sévères et persistants. Elles requièrent une intensité et une diversité plus grandes de services médicaux et sociaux et nécessitent un suivi constant et l'expertise complémentaire de nombreux professionnels, de plusieurs établissements et d'organismes communautaires.

Cette façon d'offrir des services exige plus de participation du patient lui-même, de sa famille et de sa communauté. Si l'on vit plus longtemps qu'avant en meilleure santé, on vit aussi plus longtemps avec des incapacités. On demeure aussi le plus longtemps possible dans la communauté. C'est ce que la population souhaite, à condition que les services requis et les ressources nécessaires soient disponibles.

Enfin, les liens entre la santé des individus et leurs comportements, leurs conditions socio-économiques et certains facteurs environnementaux sont de plus en plus documentés. De là l'importance de mesures individuelles et collectives mieux ciblées et mieux intégrées de promotion, de protection de la santé et de prévention des maladies et des traumatismes.

Les services sociaux

Les problèmes sociaux, auxquels la population accorde de plus en plus d'importance, croissent en nombre et en acuité : détresse psychologique et suicide chez les jeunes, problèmes de santé mentale, de toxicomanie et d'alcoolisme, isolement des aînés, violence familiale, itinérance. Soulignons aussi la pauvreté et ses répercussions dramatiques sur la santé. Qu'il nous suffise de rappeler les faits suivants que nous ont présentés les directeurs de santé publique:

- Le lien entre pauvreté, sous-scolarisation et mauvaise santé est reconnu.
- La population des quartiers défavorisés vit en moyenne 10 ans de moins que celle des quartiers favorisés dans la région de Montréal-Centre. Pour le Québec, cette différence est de 6 ans.
- Les femmes chefs de famille monoparentale et leurs enfants se sont appauvris[9].
- Le nouveau visage de la pauvreté, c'est souvent le chômage, l'emploi précaire, la monoparentalité.
- Les adolescentes enceintes sont de plus en plus jeunes et proviennent souvent de milieux défavorisés.

Il faut toutefois noter que le revenu des personnes seules et des personnes âgées s'est amélioré de façon sensible.

2.1.2 DES PROBLÈMES MAJEURS D'ACCESSIBILITÉ, DE CONTINUITÉ ET DE COORDINATION

Un accès et une continuité déficients pour le citoyen

Le citoyen trouve difficilement un médecin de famille qui accepte de le prendre en charge. Il ne sait pas exactement quels services de santé et services sociaux offre le CLSC. Quand il a un problème de santé, il tente de prendre rendez-vous avec un médecin. Il se présente, soit à une clinique sans rendez-vous, chez un omnipraticien ou un spécialiste, soit à l'hôpital, où il sait que l'urgence est ouverte 24 heures par jour, 7 jours par semaine et qu'il y a toujours des médecins. Il attendra souvent plusieurs heures avant d'en voir un. Il aura fort possiblement des problèmes d'accès aux examens diagnostiques de

9 Morin, C et Mayer, F. (2000), *Le faible revenu après impôt au Québec : état de situation et tendances récentes.*

laboratoire et surtout d'imagerie médicale. S'il doit être hospitalisé de façon élective, son nom figurera sur l'une des nombreuses listes d'attente. S'il doit être hospitalisé depuis l'urgence, il pourra attendre 48 heures ou plus sur une civière parce que de nombreux lits sont occupés par des patients qui attendent une place d'hébergement ailleurs. Enfin, s'il est à bout de patience, il appellera un journaliste.

Si le citoyen se présente au CLSC pour un problème médical, la réponse dépendra du territoire où il habite. Dans certains CLSC, des médecins offrent des services médicaux courants de 1re ligne, ailleurs les médecins ne participent qu'à des programmes spécifiques. Quant aux services à domicile, le citoyen a l'impression que les priorités de clientèle varient selon le CLSC et selon les crises dans le réseau, et quant aux services sociaux courants, ils sont offerts de façon inégale dans les CLSC. Enfin, le citoyen a eu l'impression, au cours des années, que les CLSC ont été aux prises avec des divergences idéologiques internes et des conflits de priorités qui, ajoutés aux problèmes de financement, ont ralenti leur développement. Pour le citoyen, la question se pose encore : pourquoi n'y a-t-il pas une base commune de services efficaces et efficients dans les CLSC qui respecte aussi les particularités locales ?

En fait de continuité des services, le citoyen a l'impression qu'on se relance la balle, et que la balle, c'est lui. Autant il est généralement très satisfait des soins et services individuels reçus, autant il déplore de faire les frais de la fragmentation et de la confusion du système de santé. Il ne comprend pas qu'il doive faire lui-même le lien entre les divers professionnels qui s'occupent de son cas. Il accepte mal qu'on lui donne des rendez-vous étalés sur quatre jours pour quatre examens diagnostiques lors d'un même épisode de soins. Il est fatigué de devoir raconter la même histoire à différents professionnels et aussi d'apporter chaque fois ses médicaments parce que l'information ne circule pas entre eux. Il est angoissé parce qu'il craint que cette fragmentation nuise à sa guérison ou à sa réadaptation.

Un accès et une continuité déficients pour les professionnels de la santé

Les professionnels de la santé déplorent, eux aussi, cette situation et les problèmes d'accessibilité aux équipements diagnostiques et de traitement. L'omnipraticien a souvent de la difficulté à avoir accès aux plateaux techniques spécialisés, surtout en imagerie médicale, et aux consultations de spécialistes. Il passe plusieurs heures à tenter

de fixer des rendez-vous pour ses patients. Le retour de l'information relative aux examens et à la consultation est très lent. La salle d'urgence de l'hôpital devient alors la voie la plus efficace et la plus simple d'avoir accès aux consultations et aux examens spécialisés, ce qui contribue à engorger les urgences. Quant aux spécialistes, leur accès au bloc opératoire et aux équipements surspécialisés est limité, surtout pour les cas électifs, ce qui se traduit par des longues listes d'attente pour leurs patients. Quand ils sont à bout de patience, ils convoquent une conférence de presse.

Face à la continuité des soins, les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé déplorent eux aussi la fragmentation. Ils se sentent souvent prisonniers des « silos » qu'ils ont contribué à bâtir avec leurs syndicats, leurs associations professionnelles et les gestionnaires. Ils ont l'impression de ne plus avoir de « pouvoir », de capacité d'agir à titre de cliniciens. Enfin, de plus en plus de médecins ainsi que leurs fédérations professionnelles reconnaissent que le paiement à l'acte ne favorise ni une réelle prise en charge de patients avec des pathologies complexes, ni un travail interdisciplinaire efficace. À cause des problèmes d'organisation, de répartition des effectifs et de mode de rémunération, certains spécialistes dispensent trop de services de 1re ligne et certains omnipraticiens, trop de servcies de 2e ligne.

Une organisation de services des années 1970

Notre organisation de services, en termes de modalités d'organisation du travail, d'allocation budgétaire et d'administration, reflète la réalité des années 70. Encore aujourd'hui, on valorise trop la pratique professionnelle individuelle, l'autonomie juridique et budgétaire de chaque établissement, le fonctionnement en « silos » qui fait en sorte que chaque service, département ou établissement peut fonctionner indépendamment des autres. Chacun est incité à protéger son champ de pratique, sa juridiction, son budget. De plus, l'hôpital est, dans les faits, le lieu ultime de la résolution des problèmes médicaux et sociaux, en raison de son accessibilité 24 heures par jour, 7 jours par semaine et de sa disponibilité en médecins. C'est la perception, non seulement du réseau mais de la population en général. Il s'ensuit, selon plusieurs études, une trop forte utilisation de journées d'hospitalisation non pertinentes du point de vue clinique et financier. Cette situation pouvait se tolérer quand on avait plus d'argent et que la grande majorité des interventions, moins complexes, pouvaient être menées au sein d'une même institution. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Aucun établissement ne fait tout. Il faut donc savoir qui fait quoi et comment avoir accès aux divers services : établissements,

cabinets de professionnels, organismes communautaires. De plus, les pratiques professionnelles, qu'elles soient médicales ou sociales, nécessitent un travail interdisciplinaire, une communication et l'échange d'information. L'organisation du système de santé doit donc s'adapter.

Des ajustements significatifs mais incomplets

Notre système de services de santé et de services sociaux a fait des pas significatifs pour faire face à ces nouvelles réalités, surtout en matière de structures d'organisation. On a diminué le nombre d'hôpitaux et fusionné certains établissements. Le développement technologique a permis de transformer certaines pratiques : réduction de la durée de séjour et du nombre de lits de courte durée en hôpital, augmentation de la chirurgie d'un jour et expansion, bien que limitée, du soutien à domicile. Certaines activités ont été déplacées des hôpitaux vers les CLSC, les centres d'hébergement, les cabinets de médecins, les organismes communautaires et la famille. On observe la même tendance dans le domaine des services sociaux : réduction de l'institutionnalisation, déplacement d'activités vers la famille, la communauté et ses organismes.

Toutefois, l'organisation des services n'a pas pu s'adapter de façon dynamique et adéquate à ces transformations. Elle les a plutôt subies. D'autant plus qu'elle a dû faire face à des contraintes budgétaires majeures, concentrées dans le temps, et à une perte d'expertise par suite de la mise à la retraite massive de milliers de professionnels. Il en résulte aujourd'hui une organisation en difficulté qui connaît des problèmes croissants d'accessibilité et de continuité.

UNE VISION : D'ABORD, UN MÉDECIN DE FAMILLE

Même si le diagnostic est sévère, le pronostic nous donne de l'espoir. Plusieurs pistes d'amélioration de l'organisation des services nous ont été présentées lors des forums d'experts et lors des consultations régionales et nationales. Dans un système amélioré de santé et de services sociaux, à quoi devrais-je m'attendre, comme citoyen, client et contribuable?

« Je choisirais d'abord mon médecin de famille. C'est lui qui m'aiderait à faire les choix en rapport avec ma santé et mes problèmes de santé. Mon médecin de

famille saurait qui je suis. Il connaîtrait mes antécédents personnels et familiaux, mes habitudes de vie, mes problèmes de santé, mes problèmes sociaux et ma façon d'y faire face. Il exercerait en cabinet ou en CLSC, peu importe, à condition qu'il prenne le temps de m'écouter et de me comprendre. Il ferait partie d'une équipe de 8 à 10 médecins de famille pratiquant une médecine de groupe. Cette équipe comprendrait quelques infirmières qui seraient impliquées dans des activités d'éducation et de promotion de la santé et dans la prise en charge de problèmes. Elles accompliraient des tâches complémentaires à celles du médecin et assureraient un rôle de coordination avec les autres professionnels. Cette équipe aurait accès, par entente de services, aux professionnels du CLSC : les autres infirmières, le travailleur social, le psychologue, la diététiste, l'ergothérapeute, la physiothérapeute. Elle aurait aussi accès aux divers programmes du CLSC, par exemple le maintien à domicile, les cours prénataux.

Mon médecin de famille, en collaboration avec l'infirmière de son équipe, saurait quand et vers qui m'orienter pour d'autres services médicaux et sociaux selon mes besoins. Il connaîtrait bien le réseau de professionnels, d'établissements et d'organismes susceptibles de m'aider à maintenir ma santé physique, psychologique et sociale. Il entretiendrait des liens privilégiés avec des médecins spécialistes, avec qui il discuterait, si mon état de santé devient plus complexe. Il me dirigerait vers ces spécialistes, en cabinet ou à l'hôpital, si mon état requiert des examens diagnostiques ou des traitements plus poussés. J'aurais accès à ces examens et à ces traitements dans un délai raisonnable. Mon médecin de famille resterait en contact avec le spécialiste et continuerait à me suivre à mon retour à la maison. Il en serait de même pour certains programmes spécialisés, par exemple pour l'insuffisance cardiaque ou pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Mon médecin de famille, ou encore l'infirmière de son équipe, établirait des liens avec les professionnels de ces programmes, s'il y a lieu, afin de s'assurer de la continuité de mes soins.

Mon médecin de famille collaborerait avec plusieurs autres médecins de famille de son groupe ou d'autres groupes du territoire, afin d'être assez nombreux pour assurer une disponibilité de garde 24 heures par jour, 7 jours par semaine, que ce soit en CLSC, en polyclinique ou encore à l'urgence de l'hôpital local, selon le cas. J'aurais toujours accès à l'urgence de l'hôpital, s'il le faut, mais l'urgence ne serait plus la principale voie d'accès au réseau de soins. Avec les autres médecins de famille du

territoire, mon médecin pourrait faire des hospitalisations (surtout en région périphérique et éloignée), participer à certains programmes du CLSC ou suivre des patients au centre d'hébergement et de soins de longue durée. Il serait membre d'un département local ou régional de médecine générale qui aurait le mandat d'évaluer la qualité des services que lui et ses collègues offrent.

Mon médecin de famille, de même que les autres professionnels de la santé, aurait accès aux données de mon dossier médical informatisé, avec mon autorisation. Ce dossier confidentiel constituerait l'outil principal pour assurer la continuité des services que je reçois, quel que soit le professionnel rencontré. Ce lien électronique serait particulièrement précieux avec le pharmacien, afin de réduire les erreurs de prescription et les risques évitables liés à une mauvaise utilisation des médicaments. Il m'éviterait aussi de passer des tests de laboratoire ou des examens de radiologie en double, comme c'est souvent le cas, puisqu'il aurait accès sur-le-champ aux plus récents résultats.

Mon médecin, l'infirmière, ou d'autres professionnels de l'équipe ou du CLSC, me donneraient les informations pertinentes sur ma situation particulière de santé. Ils s'assureraient que je bénéficie des plus récentes mises à jour en termes d'outils de promotion de la santé ou de prévention de la maladie. Ils me renseigneraient sur les divers moyens diagnostiques et thérapeutiques qui s'offrent à moi et m'indiqueraient les avantages et inconvénients de chacun pour que, ensemble, nous prenions la décision la plus éclairée pour moi.

Bref, selon cette vision, j'aurais choisi mon médecin de famille et il m'aurait choisi. On aurait conclu ensemble une entente : nous serions partenaires, avec son équipe, pour ma santé. Pas nécessairement pour la vie entière, mais pour une période déterminée, au bout de laquelle nous referions le point. C'est cette entente de partenariat qui déterminerait une partie de la rémunération versée à mon médecin de famille et à son équipe, somme qui serait aussi définie en fonction de mes caractéristiques personnelles et de mes besoins de santé.

Mon CLSC me serait aussi accessible pour des besoins de nature psychosociale. Que je sois aux prises avec une situation de stress à cause d'un problème grave lié à mon emploi ou que ma famille soit secouée parce qu'un de nos adolescents a des

problèmes de consommation de drogue, je serais assuré de trouver, dans mon CLSC, un psychologue ou un travailleur social qui nous aide à bien évaluer la situation et à trouver des solutions. Ces solutions seraient mises en place, soit par l'équipe de base du CLSC, soit en collaboration avec des ressources plus spécialisées et des organismes communautaires.

C'est également à mon CLSC que je m'adresserais si mes parents âgés avaient besoin d'aide pour faire face à une perte d'autonomie passagère ou permanente. Je saurais qu'une équipe de professionnels, en collaboration avec leur médecin de famille, évaluerait la situation, m'appuierait dans la recherche de solutions et ferait le lien avec les différents intervenants tels le cabinet de médecins, l'hôpital, le CHSLD, les ressources privées d'hébergement.

Je sais bien que les personnes les plus vulnérables ou les plus isolées n'ont pas toujours le réflexe de se présenter au CLSC, mais mon CLSC mettrait sur pied des programmes spécifiques pour rejoindre et prendre en charge ces personnes, en collaboration avec les médecins de famille, les organismes communautaires et les autres intervenants du réseau de services. En résumé, je connaîtrais bien les services de mon CLSC et je pourrais y recourir en étant assuré qu'il est financé sur la base d'un *per capita* ajusté aux besoins de la population du territoire »[10].

2.2 LES PRINCIPES DIRECTEURS

Cette vision d'espoir est-elle utopique? Nous pensons au contraire qu'elle est fondamentale et qu'elle constitue le grand défi des années à venir. Il faut revenir à deux notions de base :

- Une relation de confiance entre un citoyen et un professionnel de la santé ou des services sociaux qui travaille au sein d'une équipe;
- Une équipe de professionnels qui assume une responsabilité globale pour une clientèle ou une population.

10 Adaptation d'un article du Dr Denis Roy, publié dans Le Devoir du 10 novembre 2000, sous le titre « Le point de départ : un bon médecin de famille ».

Nous devons donner à ces professionnels des responsabilités, des conditions et des moyens pour qu'ils puissent réaliser cette vision et travailler à améliorer la santé des individus et de la population.

Nous sommes résolument optimistes parce que, au-delà des différences exprimées lors des consultations, il se dégage de réels points de convergence sur l'organisation des services. Nous en ferons nos principes directeurs pour appuyer nos recommandations.

1) **Une organisation qui réponde à la fois aux besoins des individus et à ceux d'une population à toutes les étapes de la vie :**
   - La primauté du citoyen comme « expert » de sa propre santé, avec ses droits et ses devoirs;
   - L'importance des caractéristiques démographiques, sociosanitaires et socioéconomiques de la population.

2) **Une organisation efficace et efficiente qui vise à la fois la qualité des soins et des services et l'excellence des résultats, et qui intègre :**
   - La promotion et la protection de la santé;
   - La prévention de la maladie et des problèmes sociaux;
   - La prestation de services de santé et de services sociaux.

3) **Une nouvelle dynamique de gestion centrée sur les résultats à atteindre plutôt que sur la protection des « silos » professionnels, institutionnels, budgétaires ou syndicaux :**
   - La flexibilité et la souplesse dans le partage des responsabilités professionnelles et des tâches de même que dans l'organisation du travail;
   - L'utilisation d'incitations, d'ententes contractuelles, plutôt que de directives et de règlements.

4) **La primauté du travail des cliniciens, la nécessité de leur redonner la responsabilité, le pouvoir et les moyens d'agir, et aussi la possibilité de les évaluer sur les résultats :**

- La valorisation de la compétence, de la créativité et de l'initiative;
- La responsabilité clinique et financière décentralisée et confiée à des équipes de cliniciens.

5) L'importance des services intégrés de 1re ligne médicale et sociale comme assise du système de santé :

- L'attention portée aux besoins des individus et aux caractéristiques de la population desservie;
- La valorisation de la prise en charge clinique et de la gestion de la continuité des services;
- Des liens fonctionnels avec la 2e et la 3e ligne.

6) Une organisation efficace et efficiente de services sociaux en CLSC :

- Des services psychosociaux de base dans chaque CLSC;
- Une offre de services spécifiques pour certains groupes plus vulnérables;
- Des liens fonctionnels avec les services de santé et les organismes communautaires.

7) Des professionnels utilisés en fonction de leur expertise spécifique et de leur capacité à travailler en interdiciplinarité :

- Des médecins de famille et des médecins spécialistes intégrés fonctionnellement dans le réseau;
- Des infirmières et des pharmaciens reconnus comme des partenaires cliniques essentiels;
- Des professionnels psychosociaux et du secteur de la réadaptation reconnus pour leur contribution propre.

8) Une complémentarité et des « corridors » de services entre les établissements locaux et les établissements régionaux et nationaux :

- La décentralisation des services de base et la centralisation des services surspécialisés et des technologies de pointe;

- Des contrats de services entre les établissements, avec obligations mutuelles;
- La fluidité dans la circulation des patients, des professionnels et de l'information.

9) Une culture de l'innovation, de la recherche et de l'évaluation :

- L'évaluation continue de la qualité et de la continuité des services, de la satisfaction de la clientèle, des résultats sur la santé et de l'utilisation des ressources;
- La curiosité de chercher des solutions nouvelles, de voir ce qui se fait au Québec et ailleurs;
- Décider, agir, évaluer, ajuster, décider, agir, évaluer, ajuster ...

2.3 NOS RECOMMANDATIONS

Nous avons regroupé nos recommandations sur l'organisation des services autour de huit grands thèmes comprenant une ou deux recommandations globales (R) et des propositions plus concrètes (P).

- L'urgence de prévenir;
- Des services sociaux et médicaux de 1re ligne : assise du système de santé et de services sociaux;
- Une offre de services de base pour les jeunes et les familles;
- Des réseaux de services intégrés pour des clientèles spécifiques;
- Une organisation cohérente des services spécialisés médicaux et hospitaliers;
- Plus de responsabilités et d'imputabilité aux médecins et aux infirmières;
- Une répartition plus adéquate des médecins;
- Des systèmes d'information clinique et de gestion efficaces et sécurisés.

2.3.1 L'URGENCE DE PRÉVENIR

R-1 Nous recommandons :

> **Que la prévention constitue l'élément central d'une politique québécoise de la santé et du bien-être.**

À l'appui de cette recommandation, 8 propositions.

La politique de santé et du bien-être doit être porteuse de la vision qui orientera toutes les actions en matière de santé et de services sociaux. Véritable instrument d'intégration de la vision et des valeurs de la société québécoise, de ses choix et des orientations qu'elle souhaite donner au système de santé, cette politique doit devenir l'outil de base pour le gouvernement du Québec et pour tous les intervenants et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux. Ils doivent s'en faire les porteurs et la promouvoir auprès d'autres acteurs provenant d'autres secteurs d'activités afin que tous se l'approprient et qu'elle transcende les actions interministérielles.

Une politique de la santé et du bien-être renouvelée devrait s'articuler autour de la prévention de la maladie et des problèmes sociaux ainsi qu'autour de la promotion et de la protection de la santé.

Nous avons vu, au chapitre précédent, que la santé est le bien le plus précieux de l'humain et que l'objectif premier d'un système de santé est d'améliorer la santé des individus et des populations.

Nous savons que la santé des individus et des populations peut être affectée par des facteurs et prédispositions génétiques, les habitudes de vie, les conditions socio-économiques et environnementales, de même que par les systèmes de soins de santé et de services sociaux. Il ne suffit donc pas de s'assurer de la qualité et de l'accessibilité au système de soins, mais il faut aussi s'attaquer aux causes affectant la santé. Les soins et les services sont essentiels mais, si l'on veut agir sur les causes des problèmes, il faut commencer par les autres déterminants.

Par exemple, de nouveaux virus ou de nouvelles bactéries menacent la santé des populations et doivent être contrôlés afin de maîtriser le développement de maladies

transmissibles. Certaines bactéries, autrefois contrôlées, résistent à présent aux antibiotiques. De mauvaises habitudes de vie comme le tabagisme, la sédentarité et une mauvaise alimentation ont des impacts majeurs sur le développement des cancers, des maladies pulmonaires, des maladies cardiaques. Les problèmes de santé mentale, d'alcoolisme et de toxicomanie sont associés à des difficultés d'adaptation au stress, aux problèmes familiaux, au manque de soutien social, au « mal de vivre ». La pauvreté et la faible scolarisation ont un lien reconnu avec un faible état de santé physique et mentale et avec la dévalorisation sociale. La qualité de l'environnement de travail et les habitudes de travail affectent aussi la santé, pensons aux maux de dos, par exemple. Enfin, la qualité de l'eau, de l'air et des aliments, l'état des routes, sont autant de facteurs environnementaux qui exercent une influence majeure sur la santé des individus et des populations. Les récents décès par suite de la contamination de l'eau potable à Walkerton, en Ontario, et de la maladie de la « vache folle », en Europe, en sont des exemples.

Nous avons aussi constaté que nos ressources médicales et professionnelles en santé publique sont nombreuses, que malheureusement elles sont peu coordonnées et qu'elles agissent parfois en concurrence. Nous avons observé le peu de liens entre les professionnels de la santé publique et les cliniciens sur le terrain. Nous avons lu d'excellents documents sur la prévention qui ne semblent pas toujours atteindre leurs cibles. Bref, nous avons perçu un écart entre la théorie et la pratique.

Il est important qu'une politique de la santé et du bien-être renouvelée cible les grands objectifs de santé et de services sociaux. Il est encore plus important que ces objectifs se traduisent en moyens d'actions et en indicateurs de résultats assez concrets pour que les intervenants puissent y donner suite à tous les niveaux du système.

2.3.1.1 LA RESPONSABILITÉ DES ACTEURS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION, DE PROMOTION ET DE PROTECTION DE LA SANTÉ

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT DANS LA PRÉVENTION

P-1 Nous proposons que le gouvernement du Québec :

- **Reconnaisse sa responsabilité et son imputabilité globale face à la santé de la population;**
- **Confie au ministère de la Santé et des Services sociaux le mandat de coordonner l'analyse des impacts, sur la santé de la population, des politiques et programmes de tous les ministères et grands organismes gouvernementaux.**

Étant donné l'importance des déterminants de la santé, autres que les soins et services, et de leurs impacts sur la santé et l'organisation des services, le ministère de la Santé et des Services sociaux ne peut assumer seul, sur le plan gouvernemental, la responsabilité et l'imputabilité globales de la santé de la population. La Commission estime qu'elles incombent d'abord au gouvernement du Québec.

Investir dans la santé, ce n'est pas seulement investir dans les systèmes de soins de santé. Quand le gouvernement adopte des mesures visant l'accès à l'éducation supérieure et la diminution de la pauvreté, il favorise une meilleure santé de la population. Quand il contribue à améliorer l'état du réseau d'aqueducs et d'égouts, à renforcer le contrôle de la qualité des aliments, à rendre les routes plus sécuritaires, à rendre accessibles les vaccins, il protège la santé de la population. Quand il favorise la création des centres à la petite enfance, il donne aux jeunes enfants l'occasion de se développer dans un environnement positif. Par contre, quand il tarde à agir dans les secteurs de santé publique ou qu'il favorise, directement ou non, des comportements ayant des effets néfastes sur la santé (comme les jeux de hasard), il tend à accroître les impacts négatifs sur la santé des individus et des populations ainsi que la pression sur le ministère de la Santé et des Services sociaux. C'est sans doute pourquoi certains l'appellent le ministère des « conséquences ».

On le voit, bien des décisions gouvernementales ont des répercussions, positives ou négatives, sur la santé de la population. Le gouvernement doit donc s'assurer de

connaître le mieux possible ces répercussions avant de décider. Pour ce faire, il doit pouvoir compter sur l'expertise du ministère de la Santé et des Services sociaux pour lui fournir ces données et coordonner les études d'impact nécessaires.

LE RÔLE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN PRÉVENTION

P-2 Nous proposons que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- **Assume un leadership fort en matière de protection et promotion de la santé et de prévention de la maladie;**
- **Révise la politique de santé et de bien-être, d'une part à partir des priorités identifiées à l'échelle locale, régionale et nationale et, d'autre part, en traduisant ces priorités en moyens d'action que les établissements et les professionnels peuvent s'approprier et appliquer.**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit jouer un rôle de premier plan dans :

- le développement et la transmission des connaissances, au public et aux professionnels, sur l'état de santé de la population;
- le développement et la transmission des connaissances, au public et aux professionnels, sur les meilleures pratiques en protection et promotion de la santé et en prévention de la maladie;
- l'intégration, dans une politique de santé et de bien-être révisée, des pratiques de prévention et de leurs liens avec l'organisation des services;
- la promotion active de la santé, auprès de la population et auprès des divers ministères et organismes;
- la mise en place de mesures efficaces, avec ses partenaires gouvernementaux et ceux du réseau de la santé et des autres secteurs de la vie civile, à trois niveaux :
  - *La protection de la santé de la population* : ce sont des mesures de nature environnementale (ex. : qualité de l'eau, de l'air, des aliments, du réseau routier, sécurité des véhicules, de l'environnement de travail) ou de nature biologique (ex. : vaccins contre les maladies transmissibles) qui protègent la santé de la population.
  - *La promotion de la santé* : ce sont des mesures collectives et individuelles visant à promouvoir des comportements sains sur le plan des habitudes de vie et de travail

(ex. : alimentation saine, activité physique, réseau social, valorisation des compétences et du potentiel) ou à réduire des comportements pouvant être dangereux pour la santé (ex. : tabagisme, drogues, alcool, vitesse au volant). Il s'agit en fait d'éducation à la santé.

- *La prévention de la maladie* : ce sont des mesures particulières qui s'ajoutent aux mesures de protection et de promotion de la santé, ou qui sont complémentaires, et qui visent à prévenir une maladie (ex. : maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète) ou un problème social comme la violence conjugale ou le suicide. Il peut s'agir de mesures de prévention primaire : empêcher ou anticiper l'apparition de la maladie ou du problème; de mesures de prévention secondaire : dépister la maladie ou le problème au début de son évolution, de façon à en empêcher la croissance ou à la mieux contrôler; ou de mesures de prévention tertiaire : réduire les conséquences négatives de la maladie ou du problème pour l'individu et ses proches.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit bénéficier de l'expertise des professionnels de la santé publique et utiliser les technologies modernes d'information et de télécommunication pour assumer ce leadership fort dans le domaine de la prévention. Il doit aussi clarifier les rôles, les responsabilités et l'imputabilité de chacun : le MSSS, l'Institut national de santé publique du Québec, les régies régionales et leur direction de santé publique, les CLSC et les cabinets de médecins.

LE RÔLE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN PRÉVENTION

P-3 Nous proposons que les directions de santé publique :

- **Fassent connaître aux professionnels de la santé et des services sociaux les pratiques efficaces de prévention;**
- **Que celles-ci soient intégrées dans leur pratique clinique.**

Les professionnels de la santé, qu'ils soient en établissement, en cabinet de médecins ou dans d'autres cabinets de professionnels, ont un rôle essentiel à jouer en prévention. Lorsqu'un médecin, une infirmière, un psychologue ou un travailleur social rencontre un patient en consultation, c'est l'occasion privilégiée de faire le point avec le patient sur son état de santé physique et mentale et sur sa situation sociale. C'est aussi l'occasion d'aborder les divers moyens de maintenir, d'améliorer et de prendre en charge son état de santé.

Si un professionnel de la santé constate que certaines conditions physiques ou sociales sont communes à une grande partie de sa clientèle ou de la population qu'il dessert (ex. : obésité, pauvreté, tabagisme, drogues, violence familiale), c'est aussi une autre occasion privilégiée d'intervenir. Son travail devient alors plus collectif. Il peut contribuer à développer, avec ses collègues cliniciens, professionnels de santé publique et des organismes communautaires, des stratégies préventives pour améliorer ces conditions qui ont un impact négatif sur l'état de santé de cette population.

Les pratiques préventives doivent faire partie intégrante du « coffre d'outils » du professionnel clinicien, qu'il pratique en public ou en privé. Encore faut-il qu'il ait été formé en conséquence, qu'il ait accès à l'expertise requise, à l'information et aux moyens techniques pertinents, qu'il prenne le temps nécessaire, qu'il soit incité à travailler dans cet objectif et qu'il soit rémunéré à cette fin. Les directions de santé publique des régies régionales doivent jouer un rôle beaucoup plus actif dans la diffusion, auprès des professionnels de la santé, des connaissances sur les meilleures pratiques de prévention.

LE RÔLE DU CITOYEN EN PRÉVENTION

P-4 Nous proposons que le citoyen :

Soit sensibilisé à la responsabilité de prendre en charge sa propre santé et qu'il ait accès aux informations lui permettant de le faire.

Le citoyen a une responsabilité face à sa propre santé. Son premier devoir est de s'informer, de poser des questions, afin de mieux connaître son état de santé et les moyens pour le maintenir et l'améliorer. Il doit avoir accès aux informations lui permettant de faire des choix éclairés sur ses habitudes de vie et de travail, sur les services dont il a besoin. Il doit développer ses compétences par rapport à son état de santé, aux conditions favorables et défavorables, aux choix disponibles et aux conséquences prévisibles de ces choix. Le citoyen doit *s'approprier* sa santé, en collaboration avec les professionnels de la santé. Dans un système très professionnalisé comme notre système de santé, cette plus grande appropriation ne peut que créer un meilleur équilibre entre le « consommateur » et le « producteur ». Il appartient à la direction de santé publique du Ministère et des régies régionales de prendre des moyens modernes de communication pour mieux informer les citoyens, en collaboration avec les établissements.

La responsabilisation des citoyens nécessite aussi une meilleure éducation et une plus grande compréhension de ce qui affecte la santé, pour la protéger comme pour éviter la maladie ou les accidents. Il nous semble que si cette sensibilisation intervient à un jeune âge, les chances de développer et de perpétuer de saines habitudes de vie sont meilleures. Aussi, sommes-nous d'avis que l'école devrait jouer un rôle plus grand dans la transmission des connaissances liées à la santé et au fonctionnement du corps, selon les étapes de développement et les risques associés aux différents âges. L'école doit également se transformer en milieu de vie actif où la pratique des sports et de l'activité physique est prônée et valorisée. L'école, équipée pour permettre les activités physiques, devrait être plus accessible à toute la communauté, en particulier aux jeunes, surtout hors des heures de classe.

2.3.1.2 LES PRIORITÉS EN PRÉVENTION

Plusieurs groupes de professionnels de santé publique ont présenté des mémoires à la Commission. Ils ont tous insisté sur l'urgence de prévenir et ont souligné l'importance de se donner des priorités en fonction de deux critères : l'existence de solutions de prévention reconnues efficaces et efficientes et leur faisabilité. Ils nous ont mis en garde contre la tentation du court terme : en prévention, les résultats sont généralement visibles à moyen et long terme. Ils nous ont fait part de certaines priorités que nous faisons nôtres.

Le choix des interventions prioritaires de prévention tient compte de trois dimensions importantes :

- *Plusieurs facteurs de risque sont communs à diverses pathologies ou problèmes de santé.* Par exemple, le tabagisme est un facteur de risque majeur dans le développement des maladies cardio-vasculaires, des maladies de l'appareil respiratoire et de nombreux cancers. La pauvreté est un facteur de risque majeur dans le développement de problèmes psychosociaux mais aussi comme obstacle au développement d'habitudes de vie saines, ce qui provoque des problèmes de santé.
- *Les premières années de la vie sont cruciales pour le développement de la santé des individus.* Que ce soit sur le plan physique, psychologique ou social, les premières années de la vie sont déterminantes. C'est à ce moment que se prennent les bonnes ou les mauvaises habitudes de vie, que se développent les comportements psychologiques et sociaux, que s'installent ou non la valorisation sociale et la perception de contrôle sur sa vie.
- *Les interventions de prévention les plus efficaces, selon les experts, sont celles qui intègrent les différents stades de développement des problèmes* (prévention primaire,

secondaire et tertiaire), *les différents lieux d'intervention* (1re, 2e, 3e lignes, santé publique, famille, communauté), *selon une approche axée sur les cycles de vie* (enfance, jeunesse, âge adulte, vieillesse).

Nous proposons quatre thèmes d'intervention prioritaire en prévention et en promotion et protection de la santé :

- Les interventions préventives auprès des enfants et des jeunes;
- Les interventions préventives auprès des adultes;
- Les interventions préventives auprès des personnes âgées;
- La protection de la santé de l'ensemble de la population.

La Commission estime que ces interventions prioritaires sont importantes, qu'elle doivent être intégrées à tous les échelons du réseau de services, en impliquant activement les professionnels. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit prendre le leadership pour lancer ces programmes et s'assurer que les régies régionales et les établissements concernés les implantent, en collaboration avec leurs partenaires de la société civile, en mode de responsabilité partagée.

LES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES AUPRÈS DES ENFANTS ET DES JEUNES

La mortalité infantile a connu une baisse considérable dans l'ensemble du Québec. Mais le taux de mortalité infantile et la proportion des naissances de bébés de petit poids sont plus élevés dans un milieu de pauvreté. Le taux de grossesse chez les adolescentes est également supérieur dans les familles pauvres et socialement désorganisées. On observe, chez les jeunes, une recrudescence du tabagisme et des problèmes associés à la surconsommation de drogues et d'alcool de même que des problèmes d'excès de poids.

Les situations de vulnérabilité vécues par les enfants et les jeunes, surtout en milieu familial, ont des répercussions marquées sur leur développement. Plusieurs analyses démontrent qu'une intervention précoce permet de corriger les trajectoires de risque que pourraient connaître ces jeunes tout au long de leur vie. Il convient de maintenir le cap d'une intervention précoce comme le proposait, dès 1991, le rapport *Un Québec fou de ses enfants* : « À tout prendre, vaut mieux intervenir d'abord massivement dans le milieu des tout petits »[11].

11 MSSS (1991) : *Un Québec fou de ses enfants*. Rapport du groupe de travail sur les jeunes.

P-5 Pour les enfants et les jeunes, nous proposons :

- **Des services préventifs auprès des femmes enceintes, des nouveaux parents et des jeunes enfants (0-5 ans) vivant en milieu défavorisé;**
- **Un programme d'éducation, pour les enfants d'âge scolaire, visant le développement d'habitudes de vie saine et de comportements sociaux adéquats;**
- **Une stratégie de prévention du tabagisme et des autres toxicomanies, adaptée aux jeunes;**
- **Une stratégie visant la prévention du suicide chez les 12-18 ans;**
- **Une accessibilité élargie à la contraception orale d'urgence.**

LES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES AUPRÈS DES ADULTES

Les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires, les cancers et les traumatismes sont les causes majeures de morbidité et de mortalité chez les 20 à 64 ans. De fait, le Québec compte plus de fumeurs que le reste du Canada, l'excès de poids s'accroît dans la population de même que la progression de la sédentarité. De plus, la détresse psychologique et le suicide sont des problèmes graves : le Québec présente un des taux de décès par suicide le plus élevé parmi les pays industrialisés, surtout chez les hommes. Enfin, depuis 1981, le pourcentage de personnes de 15 ans et plus vivant seules a presque doublé.

P-6 Pour les adultes, nous proposons :

- **Un programme intégré de prévention des principales maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, maladies de l'appareil respiratoire, diabète), incluant le développement d'habitudes de vie saines chez les adultes;**
- **L'implantation des mesures de promotion-prévention et de détection précoce du cancer proposées dans le Programme québécois de lutte contre le cancer;**
- **La mise en œuvre du Plan de lutte contre le tabagisme;**
- **La mise en œuvre de la Stratégie d'action face au suicide.**

LES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Les maladies cardio-vasculaires, les cancers, la démence, les maladies respiratoires et les problèmes ostéo-articulaires sont les premières causes de morbidité et de mortalité chez les personnes de plus de 65 ans. On constate aussi que les traumatismes non intentionnels (dont les chutes à domicile), qui sont une cause importante d'hospitalisation, peuvent être reliés à des incapacités physiques, à des problèmes ostéo-articulaires et à des problèmes de consommation de médicaments ou d'alcool. Tout en reconnaissant l'apport essentiel de la médication dans l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des aînés, il y a lieu d'en surveiller systématiquement la pertinence et l'utilisation optimale.

P-7 Pour les personnes âgées, nous proposons :

- **Un programme de services préventifs intégrés en vue de :**
  - **améliorer les capacités des personnes et prévenir la perte d'autonomie,**
  - **améliorer les habitudes de vie comme l'alimentation, l'exercice physique,**
  - **ralentir la progression des incapacités,**
  - **combattre l'isolement social,**
  - **prévenir les traumatismes causés par les chutes,**
  - **améliorer la sécurité des milieux de vie;**
- **L'amélioration des programmes de prévention, de détection précoce et de prise en charge des maladies cardio-vasculaires, cancers, maladie d'Alzheimer, maladies respiratoires et problèmes ostéo-articulaires;**
- **Des programmes de revue d'utilisation des médicaments et d'évaluation des résultats thérapeutiques des médicaments.**

LA PROTECTION DE LA SANTÉ DE L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

Les événements récents, que ce soit la contamination de l'eau potable à Walkerton, la « vache folle », la pollution agricole, le sang contaminé, le virus du Nil, les problèmes respiratoires dus à la pollution de l'air, la résistance de certains virus aux antibiotiques, ont remis en lumière la vulnérabilité de notre environnement et la nécessité d'accorder une importance accrue aux mesures de protection de la santé de la population face aux risques physiques, chimiques et biologiques.

P-8 Pour la protection de l'ensemble de la population, nous proposons :

- **D'accroître la vigilance quant à :**
  - **la qualité de l'eau,**
  - **la qualité de l'air,**
  - **la qualité des aliments;**
- **D'accroître la vigilance quant aux maladies transmissibles et aux maladies évitables par vaccination : programmes de vaccination, surveillance des maladies à déclaration obligatoire;**
- **D'accroître la vigilance quant aux risques occupationnels :**
  - **Par l'évaluation systématique et la gestion des agresseurs physiques, chimiques et biologiques liés au travail.**

2.3.2 DES SERVICES SOCIAUX ET MÉDICAUX DE 1re LIGNE : ASSISE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

R-2 Nous recommandons :

- **Que l'organisation d'un réseau de 1re ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux;**
- **Que ce réseau soit formé à partir de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecins.**

Les CLSC et les cabinets de médecins sont établis au Québec depuis au moins 30 ans. Ils se sont mis en place souvent dans l'opposition, parfois dans l'indifférence, rarement dans la collaboration. Les cabinets de médecins étaient perçus comme hors du réseau de la santé et les CLSC comme peu propices à l'exercice de la médecine. Mais les deux ont aujourd'hui des expertises et des forces qui leur sont propres. Les cabinets, qui ont des effectifs médicaux, reçoivent à peu près 80 % des consultations médicales courantes. Les CLSC, eux, ont des médecins et d'autres professionnels de la santé et des services psychosociaux. S'ils font généralement peu de consultations médicales courantes, par contre, ils offrent des programmes de promotion et de prévention, des services psychosociaux, des programmes spécifiques pour des clientèles vulnérables et d'autres programmes comme des soins et services à domicile. Il est temps, à notre avis, de reconnaître cette double réalité et de miser sur leurs forces respectives et complémentaires. Plutôt que de proposer un mariage forcé, nous proposons un partenariat formel, négocié de gré à gré. Nous faisons le pari que les CLSC et les cabinets de médecins peuvent offrir, tant aux individus qu'à la population, des services médicaux et psychosociaux de 1re ligne accessibles, efficaces et efficients, dans une perspective de prise en charge et de continuité.

2.3.2.1 DES CLSC À MANDAT MIEUX DÉFINI AVEC UNE 1re LIGNE SOCIALE ORGANISÉE

R-3 Nous recommandons :

- **Que le volet social de ce réseau de 1re ligne relève des CLSC;**
- **Que le MSSS précise le mandat du CLSC en vue d'offrir un ensemble minimal commun de services de base partout au Québec;**
- **Que le CLSC ait la responsabilité d'offrir des services psychosociaux de base à la population de son territoire.**

À l'appui de cette recommandation, 5 propositions.

Comme acteur essentiel dans l'organisation territoriale des services intégrés, le CLSC doit prendre toute sa place et assumer ses responsabilités. Nous ne répéterons pas ici, comme on le fait depuis 25 ans, que le CLSC devrait être la porte d'entrée du système de santé. Nous croyons qu'il est plus réaliste et plus utile d'affirmer qu'il est un partenaire essentiel dans l'organisation de la 1re ligne de services de santé et de services sociaux.

Un CLSC devrait offrir les services suivants :

- Des services courants en santé physique, en santé mentale et des services sociaux courants sur un territoire donné;
- Des programmes d'intervention clinique et de soutien pour les services ambulatoires, pour les programmes aux personnes âgées en perte d'autonomie et pour les soins palliatifs;
- Des programmes d'activités intégrées pour des clientèles vulnérables ou particulières (ex. : santé mentale, santé au travail, petite enfance, jeunesse, violence familiale);
- Des activités d'intervention communautaire dans une perspective de prise en charge des collectivités par elles-mêmes (ex. : villes et villages en santé, cuisines collectives);
- Des programmes de soutien aux personnes dans leur milieu de vie (ex. : maintien à domicile, travail dans les écoles, les garderies);
- Un rôle de pôle intégrateur visant la coordination des ressources intra et intersectorielles dans une communauté (ex. : table de concertation sur la jeunesse, action concertée en faveur d'une clientèle donnée, travail auprès des entreprises d'économie sociale).

Le mode de budgétisation du CLSC doit lui permettre d'assumer son mandat et l'inciter à réaliser des ententes de services avec les médecins pratiquant dans des *Groupes de médecine de famille*.

Conditions de réussite

- Recentrer ses énergies sur les priorités définies avec la régie régionale,
- S'assurer de l'efficacité et de l'efficience de ses services,
- Développer une culture de la performance et de l'évaluation,
- Identifier ses meilleures pratiques,
- Stimuler l'innovation et la créativité,
- Élargir son partenariat avec les cabinets de médecins,
- Mobiliser son équipe de professionnels autour de projets de services intégrés de 1re ligne,
- Mesurer la satisfaction de sa clientèle,
- Être imputable à sa population et à sa régie régionale sur les 7 points suivants :
  - les objectifs de résultats de santé,

- la satisfaction de la clientèle,
- la nature, la qualité et la quantité des services offerts,
- la réponse aux besoins des groupes les plus vulnérables de sa population,
- les activités de prévention,
- les ententes de services avec les cabinets de médecins,
- le lien avec les services spécialisés.

DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX COURANTS POUR TOUTE PERSONNE EN DEMANDE D'AIDE

P-9 Pour toute personne qui demande de l'aide, nous proposons :

Que le CLSC soit responsable de dispenser ou d'assurer l'accès aux services psychosociaux courants à toute personne de son territoire qui demande de l'aide pour elle-même ou pour sa famille.

Le CLSC est imputable pour les activités ci-après :

- Assurer l'accueil et l'évaluation immédiate des besoins des personnes demandant de l'aide pour elles-mêmes ou leur famille;
- Assurer les services d'Info-Social arrimés aux services d'Info-Santé, 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
- Offrir une réponse psychosociale minimale en proposant une intervention immédiate, basée sur un plan d'intervention convenu entre la personne et l'intervenant, ou en proposant une alternative pour répondre à ses besoins;
- Référer et accompagner les personnes qui demandent de l'aide vers les services appropriés à leur situation, soit vers les autres établissements, professionnels ou organismes des secteurs public et privé, et de gérer la continuité de ces services, le cas échéant.

Conditions de réussite

- Une organisation de services 24 heures par jour, 7 jours par semaine, intégrant les volets santé et psychosocial pour les interventions téléphoniques et pour l'intervention immédiate dans le milieu;
- Des protocoles d'évaluation, d'intervention et d'orientation des demandes;
- Des outils d'accès aux ressources territoriales et régionales (comme des répertoires);

- Une technologie de communication - système téléphonique, systèmes d'information - permettant les transferts personnalisés;
- Des équipes polyvalentes d'intervenants psychosociaux : travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs;
- Un mécanisme d'arrimage entre les équipes médicales et les équipes sociales dans le CLSC ou entre le CLSC et les cliniques médicales du territoire, afin d'assurer une approche globale des personnes qui demandent des services;
- Un système de disponibilité d'intervenants psychosociaux pouvant intervenir sur-le-champ en situation de crise, en dehors des heures de bureau, par téléphone ou dans le milieu;
- Un mécanisme de suivi et d'échange d'information avec le client permettant d'assurer qu'il a reçu le service requis.

DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX CIBLÉS POUR DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

P-10 Pour les groupes et les personnes vulnérables ou en difficulté de son territoire, nous proposons :

Que le CLSC soit responsable de favoriser et d'assurer l'accès à des services psychosociaux ciblés pour les groupes et les personnes vulnérables ou en difficulté de son territoire.

Le CLSC est imputable :

- De mettre en œuvre des stratégies d'identification des clientèles vulnérables dans sa population;
- De prendre les moyens pour rejoindre les clientèles vulnérables dans leur milieu de vie afin de leur offrir les services requis;
- D'offrir des interventions de diverse nature : aide au maintien dans leur milieu, soutien à l'intégration sociale, services psychosociaux, aide psychologique plus ou moins intensive, selon le degré de vulnérabilité ou de détresse, selon qu'elle est plus ou moins continue, selon le degré de chronicité ou de durée des problèmes;
- D'identifier les ressources complémentaires nécessaires pour répondre aux besoins des clientèles vulnérables ou en difficulté.

Conditions de réussite

- Assurer la présence d'intervenants dans les milieux de vie : par exemple, pour les services aux jeunes et aux familles, être disponible pour les garderies, les écoles et les maisons de jeunes, afin d'identifier les besoins des jeunes vulnérables ou en difficulté;
- Recourir à des mécanisme de référence : par exemple, avis de naissance, protocoles CLSC/centres jeunesse, ententes entre les écoles et le CLSC;
- Développer des moyens de repérage des clientèles vulnérables en étroite collaboration avec les partenaires du milieu;
- Développer l'intervention psychosociale de base[12] dans une perspective :
  - de soutien aux personnes dans leurs rapports avec leur milieu,
  - de soutien personnalisé aux parents et aux proches agissant comme aidants naturels,
  - de développement d'habiletés, de soutien psychologique, de répit-dépannage,
  - d'intégration sociale à domicile, à l'école, au travail, dans la communauté,
  - de soutien à la vie sociale pour aider les communautés à mettre en place les conditions favorables à la santé et au bien-être de leurs membres plus vulnérables.
- Développer avec d'autres CLSC une approche programme en regard de certaines problématiques débordant les frontières strictes de son territoire.

Les services sociaux ciblés sont des services de base, offerts à des populations vulnérables, ou à risque, en raison de certaines situations provisoires (ex. : étapes de vie, perte d'emploi, deuil, maladie) ou plus permanentes (ex. : déficience, perte d'autonomie, pauvreté, violence). Ce sont également des services offerts à des personnes, des familles ou des groupes qui sont aux prises avec de graves difficultés, à court ou à long terme.

Le CLSC a la responsabilité de rejoindre les clientèles les plus vulnérables de son territoire et de s'assurer qu'elles recevront l'aide adaptée à leur condition et à leur situation. À ce titre, il doit tenir compte des indices de « défavorisation » des milieux et des communautés de son territoire qui lui permettent de cibler les groupes dont les besoins sont prioritaires. Il doit aussi mettre en place un ensemble de services de base pour les clientèles ciblées.

12 Le départage des services psychosociaux de base et des services spécialisés se ferait en fonction des besoins des clientèles.

L'offre de service décrite ici ne signifie pas que le CLSC se désintéresse des clientèles ne présentant pas de problèmes lourds. Il en va ainsi des aînés qui ne demandent pas de services particuliers. Auprès d'eux, le CLSC doit offrir des programmes de prévention, par exemple, des services comme l'immunisation annuelle contre l'influenza et des programmes dont l'objectif est de protéger et promouvoir la qualité de la santé chez les aînés.

LA CONTINUITÉ DES SERVICES OFFERTS

P-11 Sur le plan de la continuité des services, nous proposons :

Que le CLSC soit responsable de gérer la continuité des services rendus aux clientèles vulnérables et aux personnes en difficulté de son territoire.

Le CLSC est imputable :

- De coordonner le suivi des services rendus aux personnes en assurant de façon personnalisée une fonction de guide et d'accompagnateur;
- De développer et de mettre en œuvre une approche et une responsabilité d'intervenant pivot;
- D'assurer le monitorage des services qui sont rendus.

Conditions de réussite

- Personnaliser la continuité des services en désignant un intervenant pivot qui soutient le client dans la recherche des services nécessaires et qui joue le rôle de guide, d'accompagnateur selon la situation du client et, au besoin, de coordonnateur du plan de services;
- La gestion de la continuité suppose que le CLSC puisse diriger une personne vers l'un de ses programmes internes, vers un autre établissement du réseau, vers un organisme communautaire ou encore vers un professionnel œuvrant dans le secteur privé;
- Un réseau de services intégrés pour personnes âgées requiert la présence d'un intervenant pivot qui assure la continuité du service;
- Pour exercer son mandat et gérer la continuité dans le secteur des services aux jeunes et à leur famille, le CLSC doit tenir compte du rôle particulier du directeur de la protection de la jeunesse.

- De manière concrète, citons à titre d'exemple une expérience prometteuse :
  - le Programme Accès Jeunesse Toxicomanie (PAJT) de la région de Québec où les établissements ont mis en place un guichet unique donnant accès à un processus d'évaluation qui constitue une passerelle dynamique entre les services généraux et les ressources spécialisées. Ce moyen assure que le jeune sera pris en charge par la ressource la plus adéquate.

LA COORDINATION DES RESSOURCES DE LA COMMUNAUTÉ

P-12 Sur le plan de la coordination, nous proposons :

Que le CLSC ait la responsabilité de coordonner les ressources de la communauté requises pour répondre aux besoins de sa population.

Pour soutenir l'exercice des responsabilités de l'organisation territoriale en vue d'assurer les services requis aux personnes, le CLSC doit créer, avec ses partenaires, des programmes de prévention en rapport avec les besoins de la communauté. Ces programmes se caractérisent par leur réactivité et leur adaptabilité aux besoins évolutifs de la communauté.

Le CLSC est imputable pour les actions suivantes :

- Établir des ententes de services avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organisations intersectorielles de services tels la commission scolaire, le centre à la petite enfance, les services municipaux et les organismes communautaires;
- Mettre en place les mécanismes de concertation intersectorielle et d'animation des communautés dans l'objectif de déterminer les besoins de sa population et de développer les stratégies de promotion et de prévention pour la santé et le bien-être sur son territoire;
- Informer régulièrement la population des services psychosociaux et des ressources disponibles pour elle.

Conditions de réussite

- Mettre en place un système d'identification des besoins et, à cette fin, faire appel aux connaissances disponibles auprès des équipes de santé publique de la régie régionale;

- Élaborer des indicateurs et mettre en place des moyens d'identification des groupes et des personnes en situation de vulnérabilité;
- Se doter de moyens d'identifier et de répertorier les services et les ressources oeuvrant auprès de la population de son territoire;
- Prendre l'initiative, dans une approche intersectorielle, de mettre en œuvre des programmes et des projets conjoints susceptibles d'apporter des solutions avant que les situations ne se détériorent.

UN INVESTISSEMENT ACCRU EN RECHERCHE SOCIALE

P-13 Pour améliorer les pratiques sociales, nous proposons :

Que le MSSS, en collaboration avec le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie et son Conseil québécois de la recherche sociale, favorise le développement accéléré de la recherche sur l'évaluation des pratiques et approches sociales et sur les déterminants sociaux de la santé.

La qualité, l'efficacité et l'efficience des services sociaux passent par l'évaluation systématique des pratiques et des approches sociales de même que par une meilleure compréhension de l'effet des déterminants sociaux de la santé.

Si l'on veut mesurer la performance, il faut se doter d'indicateurs qui font consensus et qui révèlent le plus fidèlement possible l'atteinte des résultats escomptés. Il nous semble difficile d'entrevoir comment pourra se faire une reddition de comptes enrichissante sur des pratiques et des résultats en matière sociale, sans d'abord définir des cadres d'analyse et des indicateurs de résultats.

Étant donné le poids des déterminants sociaux (pauvreté, sous-scolarisation, etc.) sur la santé, la Commission juge qu'il est important d'accélérer les recherches en ce domaine, d'y investir les budgets appropriés et d'en appliquer les connaissances aux pratiques professionnelles.

2.3.2.2 UNE 1RE LIGNE MÉDICALE ORGANISÉE AUTOUR DE *GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE*

R-4 Nous recommandons :

- **Que le volet médical de ce réseau de 1re ligne soit assumé par des *Groupes de médecine de famille*, composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes;**
- **Que ces *Groupes* soient responsables d'une gamme de services définis auprès d'une population de citoyens qui les auront choisis.**

À l'appui de cette recommandation, 2 propositions.

Des médecins de famille se regrouperaient, par équipe de 6 à 10, soit en cabinets, soit en CLSC. Ces médecins travailleraient en étroite collaboration avec 2 à 3 infirmières cliniciennes ou praticiennes participant à la prise en charge et à la coordination des services. Ce *Groupe de médecine de famille* serait responsable d'une population définie de personnes (peut-être de 1000 à 1800 citoyens par médecin) et lui offrirait une gamme de services définis.

Chaque citoyen choisirait son médecin de famille à l'intérieur d'un *Groupe* sur la base de son lieu de domicile, de son lieu de travail ou de tout autre critère. Ce choix s'exprimerait par une « inscription volontaire », c'est-à-dire une entente mutuelle entre le citoyen et le médecin pour une période déterminée (6 mois par exemple), avec possibilité de changement au bout de cette période. Il faut souligner qu'à l'heure actuelle, les patients qui ont un médecin de famille ont tendance à le garder. Il en va de même pour les médecins face à leurs patients. Il s'agit de préserver, voire de renforcer la notion de relation médecin-patient et de permettre, à terme, à toutes les personnes qui le désirent d'avoir un médecin de famille.

En fonction de cette entente, le médecin et son *Groupe de médecine de famille* s'engageraient à fournir les soins de santé de 1re ligne dans un délai raisonnable, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et dans le lieu le plus pertinent. L'entente porterait sur un certain nombre d'activités, soit : la prise en charge et le suivi de l'état de santé; la promotion de la santé et la prévention de la maladie; le diagnostic, le traitement

et le suivi d'épisodes de soins aigus et chroniques; la demande de consultation aux services médicaux des 2e et 3e lignes; la gestion de la continuité des services; la demande de consultation aux services psychosociaux; le travail en réseau avec d'autres *Groupes de médecine de famille*, avec le CLSC, le CHSLD ou l'hôpital de soins généraux et spécialisés; le recours à des programmes spécifiques en fonction des besoins de la clientèle du *Groupe* et de la population du CLSC. Par exemple, le *Groupe de médecine de famille* pourrait participer au développement, avec la 2e et la 3e lignes et le CLSC, de programmes de gestion de certains problèmes médicaux comme l'insuffisance cardiaque, certains cancers, le diabète, la maladie d'Alzheimer et les soins palliatifs.

Selon les ententes, le *Groupe* participera, avec le CLSC, à un programme de prise en charge intégrée pour les aînés en perte d'autonomie et les personnes avec des maladies mentales graves. Il pourrait agir à titre de consultant médical auprès du CLSC pour des populations socialement vulnérables.

Les infirmières cliniciennes ou praticiennes travaillant au sein du *Groupe de médecine de famille* effectueraient des activités de prévention / promotion; des activités cliniques de dépistage; certains diagnostics / traitements en accord avec le groupe de médecins; des activités de gestion de cas; des activités de liaison avec le CLSC et les services de 2e ligne.

P-14 Sur le plan de la rémunération, nous proposons :

- **Un mode de rémunération mixte pour les médecins de famille;**
- **Un nouveau mode d'entente contractuelle entre les *Groupes de médecine de famille* et le département régional de médecine générale (DRMG) de la régie régionale;**
- **Des ententes de services entre les *Groupes de médecine de famille* et les CLSC.**

Le médecin de famille travaillant dans un *Groupe de médecine de famille*, en cabinet ou en CLSC, serait rémunéré selon un mode mixte : un montant en fonction du nombre de personnes inscrites et de leurs caractéristiques sociosanitaires; un forfait pour la participation à certains programmes (CHSLD, urgence, programmes de CLSC, populations vulnérables, etc.) selon les contrats ou les ententes; et un montant à l'acte soit pour des activités spécifiques de prévention, soit pour soutenir la productivité dans des activités où le volume est important.

Chaque régie régionale et son DRMG verraient à organiser et à coordonner ces réseaux de 1re ligne médicale où participent les *Groupes de médecine de famille*, et favoriseraient la conclusion d'ententes de services entre ces *Groupes* et les autres ressources de 1re ligne, en particulier le CLSC, mais aussi le CHSLD et l'hôpital local dans certains cas. Ceci permettrait d'assurer l'ensemble des activités médicales de 1re ligne pour une population.

En réalisant une entente avec le DRMG de la régie régionale, le *Groupe de médecine de famille* aurait accès, en plus d'infirmières cliniciennes ou praticiennes du CLSC détachées auprès du *Groupe*, aux autres ressources professionnelles du CLSC selon un contrat de services signé entre les parties (diététiste, physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, psychologue, équipe de soins à domicile, autres programmes spécifiques), le groupe aurait accès aux pharmaciens d'établissement et devrait développer des liens avec les pharmaciens dans la communauté.

Nous proposons qu'il y ait un programme de support financier pour les groupes désireux de démarrer rapidement. Ce programme permettrait de favoriser en priorité l'informatisation et le raccordement au réseau de télécommunications sociosanitaires (RTSS), les transactions immobilières pour fins de regroupement et l'accès à un plateau technique adéquat. Le groupe aurait accès à des mécanismes de formation professionnelle et serait soumis à un système d'évaluation de la qualité de l'organisation des services, sous la juridiction du département régional de médecine générale (DRMG) de la régie régionale. L'évaluation porterait sur l'efficacité de l'organisation des services médicaux de première ligne à la population desservie par le groupe, sur les ententes avec les CLSC et les services de 2e ligne, les objectifs de promotion et de prévention, la gestion de la continuité des services.

Quant à elle, la régie régionale serait responsable de voir à la disponibilité d'effectifs médicaux et infirmiers; de fournir les infrastructures nécessaires au *Groupe* ou d'assurer une compensation financière adéquate si le *Groupe* doit développer ces infrastructures; de respecter l'autonomie clinique et de laisser au *Groupe* une marge de manœuvre suffisante pour atteindre ses objectifs, pour lesquels il sera évalué.

P-15 Pour soutenir l'implantation des *Groupes de médecine de famille* dans tout le Québec, nous proposons :

- **Qu'un groupe de soutien à l'implantation d'un réseau de médecine familiale soit mis sur pied;**
- **Que ce groupe soit dirigé par un médecin de famille réputé;**
- **Qu'il soit formé de cliniciens (médecins, infirmières, autres professionnels) reconnus pour leur expertise et issus du milieu de la 1re ligne.**

Ce *Groupe*, relevant du MSSS, serait un « champion » de cette vision de la 1re ligne. Il travaillerait en étroite collaboration avec les DRMG et les régies régionales pour préciser les conditions opérationnelles et identifier les facteurs de succès; stimuler et susciter le développement de projets; aider aux modalités d'organisation et de fonctionnement des projets; intervenir auprès des diverses instances pour aplanir les difficultés et assurer l'évaluation continue des projets. Ce *Groupe* non permanent, dont la durée de vie serait prédéterminée, disposerait d'un budget de soutien à l'implantation en vue de susciter l'émergence de projets.

La Commission est consciente que l'organisation des services médicaux de 1re ligne, autour des *Groupes de médecine de famille* et des CLSC, ne peut s'implanter partout rapidement. Nous pensons qu'il faut procéder graduellement, avec des médecins de famille et des CLSC intéressés à mettre en place un projet de cette nature. Nous pensons qu'il faut susciter l'adhésion volontaire des médecins et la collaboration des CLSC. Parallèlement, il faut que les médecins qui y adhèrent voient leurs conditions de vie et de pratique s'améliorer par rapport à ceux qui choisissent de rester en pratique isolée. Il faut aussi que les CLSC qui y participent bénéficient de mesures d'incitation en matière budgétaire.

Les objectifs devraient être les suivants. Dans un an, au moins de 30 à 40 projets devraient avoir vu le jour au Québec et, d'ici 5 ans, 75 % de la population du Québec devrait s'être inscrite volontairement dans un *Groupe de médecine de famille*, soit dans un cabinet, soit dans un CLSC.

Nous proposons une vision et des objectifs, mais n'attendons pas d'avoir tout défini en détail pour commencer à mettre en place cette vision. Au lieu d'imposer partout un modèle unique et détaillé, allons de l'avant avec ceux qui partagent cette vision et désirent la réaliser. Soutenons-les, facilitons leur travail, définissons avec eux les modali-

tés au fur et à mesure, évaluons les activités et ajustons-nous en conséquence. En d'autres termes, agissons, avançons, évaluons et ajustons. Cette stratégie, recommandée à la Commission par plusieurs experts internationaux, est à leur avis la clé de la transformation réussie du réseau de santé dans divers pays.

2.3.3 UNE OFFRE DE SERVICES DE BASE POUR LES JEUNES ET LES FAMILLES

Des problèmes aigus

Le soutien au développement des enfants et des jeunes est depuis longtemps au cœur des préoccupations du gouvernement et fait l'objet d'un fort consensus dans notre société. Mais l'action ne suit pas toujours les discours et les rapports. La violence faite aux enfants, les conditions de pauvreté des familles, le décrochage scolaire, la consommation de drogues et d'alcool chez les jeunes, le suicide, le phénomène des gangs, le problème de l'accès et de la qualité de services dans certains centres jeunesse, le manque de ressources dans les CLSC et dans les écoles, tous ces problèmes font régulièrement la une des journaux. Sans soutien approprié et précoce, les problèmes sociaux se multiplient d'une génération à l'autre et engendrent des coûts humains, sociaux et financiers à moyen et long terme.

Les coûts engendrés par les problèmes vécus pendant l'enfance et l'adolescence sont bien documentés. Il en résulte :

- Une marginalisation et une sous-qualification qui conduisent à une dévalorisation de soi et à une dépendance envers l'aide de l'État (la sécurité du revenu) : « Les jeunes issus des milieux miséreux ont plus de chance de vivre une bonne partie de leur vie à partir de prestations gouvernementales »[13];
- Une sous-qualification, doublée d'une perte de revenus pour l'État : citons les résultats de l'étude Doherty[14] démontrant qu'un homme diplômé paiera quatre fois plus de taxes à l'État que celui qui n'a pas terminé son secondaire; chez les femmes, ce rapport est de 16 à 1;
- Une utilisation accrue des soins de santé, les personnes défavorisées et vulnérables présentant plus de problèmes de santé. Plusieurs études confirment que l'effet des

13 Mémoire de l'Association des centres jeunesse du Québec, Octobre 2000.
14 Voir : Le Sommet du Québec et de la jeunesse (1999) : *Promouvoir une société équitable*. Rapport du chantier. Gouvernement du Québec.

inégalités sociales sur les coûts de santé est réversible et que des mesures intensives de soutien aux enfants et aux familles modifient le cours des choses;

- Une forte consommation de services médicaux pour des problèmes de santé et sociaux qui pourraient trouver une réponse plus adéquate ailleurs;

On constate donc l'existence d'une « santé sociale » qui touche directement l'état de santé physique des citoyens[15] et qui influe tout aussi directement sur la « santé économique » de la société.

Des services incomplets et fragmentés

Le consensus est généralisé sur le manque de services de base aux jeunes et à leur famille. La moitié des 50 000 signalements adressés au directeur de la protection de la jeunesse ne sont pas retenus parce qu'ils ne correspondent pas aux critères de la Loi sur la protection de la jeunesse. Or, si ces signalements ne sont pas considérés assez graves pour être retenus, il n'en reste pas moins qu'une bonne proportion de ces jeunes sont fort probablement dans une situation qui peut porter atteinte, d'une façon ou d'une autre, à leur développement. Une organisation de services bien intégrés et offrant une bonne continuité dans l'intervention éviterait nombre de signalements et la détérioration de certaines situations. Faute de ressources bien organisées et accessibles en amont comme en aval, la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) est devenue une sorte « d'urgence de l'hôpital » : une porte d'entrée en même temps qu'une porte de dernier recours.

Plusieurs organisations comme le centre à la petite enfance, l'école, le CLSC, le centre jeunesse et la maison de jeunes interviennent auprès des jeunes mais il y a très peu de communication et de concertation entre elles. Les interventions sont fragmentées au gré des initiatives de ces organisations, en fonction des ressources disponibles. On note des écarts de services et une dispersion des pratiques. Ce sont les jeunes, en besoin de services, qui font les frais de cette rareté de ressources et de cette fragmentation : on intervient tard, au moment où il y a une crise.

La Commission croit qu'une action mieux articulée et mieux concertée est le gage d'un développement individuel et social plus sain pour les jeunes et les familles. Aussi, nous

15 Voir les derniers résultats de l'Enquête santé Québec sur les répercussions de la pauvreté sur l'état de santé.

croyons urgent d'en faire une priorité, de la financer adéquatement et de passer à l'action.

R-5 Nous recommandons :

- **Que tous les CLSC du Québec soient responsables de développer, avec leurs partenaires, une offre de services de base commune pour les jeunes et les familles, et qu'ils en soient imputables;**
- **Que cette offre soit réalisée d'ici 5 ans.**

À l'appui de cette recommandation, 5 propositions.

Un groupe de travail, réunissant les intervenants des ministères intéressés, des directions de santé publique, des centres jeunesse et des CLSC, a élaboré une offre de services essentiels pour les jeunes et les familles que devraient offrir tous les CLSC du Québec[16]. Celle-ci, qui est le fruit d'une approche concertée, doit être mise en œuvre dans les meilleurs délais, estime la Commission.

Cette offre de services de base se présente ainsi :

- Elle intègre des mesures à caractère universel, pour l'ensemble des jeunes et des familles, et des mesures à caractère sélectif, pour les clientèles vulnérables ou en difficulté, ciblées par le CLSC;
- Elle intègre les services de santé et les services psychosociaux;
- Elle intègre des interventions de promotion, de prévention et la prestation de services aux jeunes et aux familles vulnérables ou en difficulté.

Dans cette perspective, le CLSC doit offrir :

- Des services de périnatalité : contacts et rencontres prénatales; consultation après la naissance ou l'adoption internationale; soutien intensif des familles vulnérables par des programmes tels *Naître égaux et Grandir en santé et OLO*; liens avec les médecins de famille et les pédiatres; liens avec les organismes communautaires concernés;

16 Association des CLSC - CHSLD du Québec, *Allons à l'essentiel. L'offre de services Famille/Enfance/Jeunesse en CLSC*, octobre 2000.

- Des services de santé de base : vaccination, soins dentaires, fiches santé en garderie et à l'école, clinique jeunesse;
- Des services de soutien au développement de l'enfant : soutien aux compétences parentales, orthophonie; stimulation précoce en garderie pour les enfants vulnérables; rapprochement parents - écoles;
- Des services d'aide et de consultation pour les jeunes et les parents en situation de détresse : consultations psychosociales, répit-dépannage, accompagnement des familles ayant un enfant présentant un trouble de développement intellectuel ou physique;
- Des services de mobilisation de la communauté.

Le CLSC doit assurer ces services de base pour toutes les périodes de développement du jeune, en tenant compte de l'évolution des besoins et des zones de vulnérabilité propres à chaque groupe d'âge.

Nous sommes conscients que l'organisation de services de base pour les jeunes et les familles nécessitera un investissement additionnel. Mais nous proposons que les CLSC démarrent rapidement cette offre de services, à partir des ressources qu'ils ont déjà, et l'adaptent à la spécificité des jeunes et des familles de leur territoire. Nous croyons qu'à mesure que cette offre se précisera, les CLSC sauront définir plus clairement le niveau de ressources additionnelles et le justifier.

UN MANDATAIRE DE LA COORDINATION DES SERVICES

P-16 Pour la coordination des services jeunesse, nous proposons :

> **Que chaque CLSC, ou groupe de CLSC, désigne un responsable des services jeunesse qui coordonne les services de santé, les services psychosociaux et les interventions intersectorielles.**

Dans le domaine des services à la jeunesse, nous constatons que des services et des ressources sont disponibles sur les territoires mais que l'intégration et la coordination sont déficientes. Sans freiner les initiatives et la créativité des milieux, la Commission juge qu'il faut confier à une seule personne la responsabilité et l'imputabilité de la coordination, facteur essentiel pour mieux intégrer les services à l'enfance, à la jeunesse et aux familles.

Le responsable assurerait la coordination de :

- l'offre de services de santé et de services psychosociaux de base, tant les services courants que les services ciblés, aux jeunes et aux familles de son territoire;
- des interventions intersectorielles, notamment pour le soutien du CLSC auprès du centre de la petite enfance, à l'école, auprès des *Groupes de médecine de famille* ainsi que dans les organismes communautaires de son milieu.

Cette coordination consoliderait les pratiques interdisciplinaires et intersectorielles et favoriserait la cohérence des interventions et la cohésion des ressources, ce qui accroîtrait l'efficacité et l'efficience des services et des interventions.

Le coordonnateur des services jeunesse doit être un gestionnaire d'expérience, qui doit être reconnu et crédible dans son milieu, tant dans l'équipe de services Famille / Enfance / Jeunesse du CLSC qu'auprès des partenaires du réseau et des partenaires intersectoriels et communautaires. Nous croyons que ce coordonnateur doit être agréé par les partenaires et, pour ce faire, nous proposons qu'ils participent à la définition du profil recherché, au processus de sélection et au paiement d'une partie du salaire.

POUR UNE RÉVISION DE LA *LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE*

P-17 Pour que les enfants dont le signalement n'a pas été retenu ou ceux dont la situation déclarée non compromise après évaluation du directeur de la protection de la jeunesse puissent bénéficier de services adéquats, nous proposons :

- **Que soit révisée la *Loi sur la protection de la jeunesse*;**
- **Que le protocole général liant les centres jeunesse et les CLSC du territoire soit actualisé dans chaque région;**

La Loi sur la protection de la jeunesse a 21 ans. Depuis ce temps, de nouvelles réalités sociales sont apparues et de nouvelles lois ont été adoptées, dont la *Loi sur les jeunes contrevenants*. De plus, au cours des dernières années, le système québécois de protection de la jeunesse a été fréquemment remis en question. La Commission juge qu'il y a lieu d'entreprendre la révision de la *Loi sur la protection de la jeunesse* afin de mieux protéger les intérêts de l'enfant et de tenir compte de ces nouvelles réalités.

Il y a un consensus généralisé sur le manque de services de base pour répondre aux demandes d'aide des familles et des jeunes et pour soutenir les plus vulnérables d'entre eux. Selon les données disponibles auprès des centres jeunesse, 25 000 signalements adressés à la direction de la protection de la jeunesse (DPJ), soit 50 % de tous les signalements, ne sont pas retenus parce qu'ils ne répondent pas aux critères stricts de la loi qui exige que le développement ou la sécurité de l'enfant soit compromis pour que le signalement soit retenu. Une intervention plus légère, adaptée à la gravité de la situation, éviterait certainement que la situation ne dégénère et que l'enfant finisse par se retrouver, un jour ou l'autre, sous la protection de la DPJ, avec toutes les conséquences que cela suppose lorsque la prise en charge tarde. En outre, il y a un nombre important d'enfants qui reviennent sous la protection de la DPJ, après avoir fait l'objet d'une intervention de la DPJ, faute de soutien social et de ressources plus légères qui auraient pu permettre de consolider les acquis et de soutenir les jeunes et les parents.

Une action rapide et préventive, en temps utile, à mi-chemin entre l'absence d'intervention et l'intervention très spécialisée de la DPJ, serait certainement souhaitable dans le but d'éviter aux enfants le maximum d'interventions de protection lorsque cela est possible. Pour ce faire tous les services à la jeunesse, que ce soit le centre de la petite enfance, l'école, le CLSC, la maison de jeunes, les organismes communautaires ou les centres jeunesse, doivent être mis à contribution et surtout travailler de concert, en réseau, plutôt que dans l'ignorance de ce que chacun d'eux apporte au jeune. Ainsi, par exemple, la *Loi sur la protection de la jeunesse* ne permet pas au centre jeunesse de diriger un jeune pour suivi au CLSC, sans l'accord des parents ou, s'il a plus de 14 ans, du jeune lui-même. Les dispositions de la loi sont claires sur le respect de la confidentialité.

Or, on constate qu'actuellement, une approche rapide, préventive et en temps utile est considérablement freinée par les cloisons étanches entre les établissements. Plusieurs établissements assument des responsabilités à l'égard d'un même jeune sans qu'il y ait une communication et une concertation entre eux. Si les établissements offrent une certaine continuité de services à l'intérieur de leur propre organisation, il semble qu'aucun n'est responsable d'assurer la continuité de services avec d'autres puisque la transmission d'information, nécessaire pour assurer cette continuité, n'est actuellement possible qu'à l'intérieur d'un même établissement. L'absence de protocole formel de communication entre les partenaires peut faire perdre à un enfant le bénéfice d'une intervention appropriée, particulièrement lorsqu'un niveau de services de 1re ligne pourrait être suffisant.

Consciente de toute l'importance de la gestion de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels, la Commission constate néanmoins, à l'instar de plusieurs groupes qui se sont exprimés devant elle, que les contraintes imposées par la *Loi sur la protection de la jeunesse* ont des conséquences parfois irréversibles pour les jeunes que l'on doit protéger. Conséquemment plusieurs d'entre eux se retrouvent sans filet de sécurité, « assis entre deux chaises ». Il s'agit là d'un problème complexe pour lequel il n'y a pas de solution simple. C'est pourquoi la Commission considère qu'il est impératif que soit revue la *Loi sur la protection de la jeunesse*. La conclusion récente de protocoles entre certains CLSC et les centres jeunesse, permettant le transfert d'une demande d'intervention volontaire acceptée par les parents et par le jeune ayant plus de 14 ans vers un niveau de services de 1re ligne, est certainement un pas dans la bonne direction. Le CLSC devient alors responsable de la prise en charge. Un bon suivi entre le centre jeunesse et le CLSC pourrait permettre :

- Une meilleure intervention en amont;
- Une prise en charge des signalements non retenus;
- Un meilleur suivi, en aval, des jeunes qui ont été sous la protection de la DPJ et dont la sécurité immédiate et le développement ne sont plus compromis.

UNE ENTENTE MSSS-MÉQ RENOUVELÉE

P-18 Pour une action intersectorielle plus intégrée auprès des jeunes, nous proposons :

Que l'entente MSSS-MÉQ soit renouvelée en y incluant aussi le ministère de la Famille et de l'Enfance et les centres de la petite enfance.

La coordination entre le ministère de l'Éducation (MÉQ) et celui de la Santé et des Services sociaux (MSSS) existe depuis de nombreuses années. Nous croyons toutefois qu'elle doit être revue en profondeur compte tenu que l'environnement qui l'a fait naître a considérablement évolué.

Au fil des restructurations et des compressions, l'école a eu tendance à se centrer strictement sur son projet pédagogique, réduisant du même coup l'importance des ressources de soutien dans le projet de l'école. À notre avis, l'école a une responsabilité plus large que le seul apprentissage académique. L'école est un milieu de vie pour l'enfant et un partenaire dans une organisation de services desservant les jeunes. À ce

titre, elle a l'obligation de se coordonner avec les autres dispensateurs de services. Nous sommes également d'avis que l'école doit offrir les services de soutien dont l'élève a besoin pour réaliser ses apprentissages. Dans un contexte où les problèmes socio-émotifs des enfants augmentent, nous constatons malheureusement que les services de psychologues et d'orthopédagogues sont loin d'avoir atteint le niveau de développement souhaitable.

Un nouvel acteur important a aussi pris sa place dans les services à la petite enfance. Le ministère de la Famille et de l'Enfance est lui aussi devenu un maître d'œuvre dans le monde de l'éducation et, avec les centres de la petite enfance, un lieu d'accès aux services de santé. Nous croyons que nous devons passer des ententes bipartites entre le MSSS et le MÉQ à des ententes tripartites incluant le ministère de la Famille et de l'Enfance. Il faut redéfinir les responsabilités conjointes et décider des ressources que les trois ministères sont prêts à consentir dans une approche de continuité et de complémentarité de services.

En effet, la complexité des situations vécues par les enfants et leurs familles et les défis de l'apprentissage dans un projet pédagogique moderne exigent une concertation serrée de tous les intervenants. Cette entente révisée devrait notamment porter sur les points suivants :

- Définir le degré de ressources nécessaires;
- Clarifier les rôles et responsabilités de chacun;
- Impliquer les acteurs locaux, soit l'école, les centres de la petite enfance et les CLSC;
- Définir les responsabilités conjointes de ces acteurs locaux;
- Préciser les mécanismes de concertation et de suivi des ententes.

DES STANDARDS DE QUALITÉ POUR LES CENTRES JEUNESSE

P-19 Pour améliorer les services offerts dans les centres jeunesse, nous proposons :

Que les centres jeunesse accélèrent leur démarche d'amélioration des pratiques, de définition de standards de qualité et de formation de leurs intervenants.

Même si l'on investit beaucoup d'efforts dans les services sociaux de base, les besoins de protection des jeunes existeront toujours. Un certain nombre de citoyens, en raison de troubles mentaux, d'alcoolisme, de toxicomanie ou autre problématique, font vivre à leurs enfants des situations dangereuses qui mettent en péril leur sécurité ou leur développement. Ces citoyens peuvent ne pas être en mesure d'assumer leurs responsabilités familiales et parentales pour une période plus ou moins longue.

Dans ces cas, il faut recourir à la *Loi sur la protection de la jeunesse* et un réseau de services spécialisés doit être disponible pour protéger rapidement les enfants dont la sécurité et le développement sont compromis. Les services spécialisés existent aussi pour des familles dont les besoins dépassent la capacité des ressources des services sociaux de base. Ce sont les centres jeunesse du Québec qui offrent ces services spécialisés.

Par ailleurs, la société doit également être protégée contre les comportements graves d'adolescents perturbés, qu'il s'agisse de crimes contre la personne, d'agressions ou autres. Au cours des dernières années, les centres jeunesse ont réussi une application novatrice de la *Loi sur les jeunes contrevenants* qui permet un juste équilibre entre la protection de la société et la réadaptation de l'adolescent. L'approche choisie par le Québec pour appliquer cette loi fédérale doit être maintenue.

Le réseau des centres jeunesse possède une longue expérience d'intervention auprès des jeunes en difficulté. Récemment, cependant, certains centres jeunesse ont fait l'objet de questions quant à la qualité de leurs services. La Commission exhorte le MSSS et les centres jeunesse à accélérer les mesures qu'ils ont eux-mêmes identifiées :

- Investir dans la qualité des pratiques de services sociaux spécialisés, ce qui commande des efforts considérables du côté de la formation des intervenants, de l'application de standards reconnus de pratique et d'une gestion axée sur le contrôle de la qualité.
- Mettre en place un financement stable basé sur les coûts réels de production de services ainsi que sur les meilleures pratiques et non plus sur une base historique.

UN INVESTISSEMENT FINANCIER EN « ENFANCE ET JEUNESSE » : UNE PRIORITÉ SOCIALE

P-20 Pour consolider l'offre de services de base à l'enfance et à la jeunesse, nous proposons :

Que le MSSS, dès l'année 2001-2002, réserve dans ses crédits de développement futurs une somme de 20 millions de dollars par an, pendant 5 ans.

Les difficultés croissantes que vivent les jeunes et les familles et l'importance d'une intervention précoce et intensive auprès des jeunes nécessitent de leur consacrer un investissement spécifique et soutenu. L'effort de financement consacré à ce jour n'a pas permis aux CLSC de garantir une offre de services de base aux jeunes et aux familles partout au Québec, qui soit adaptée aux degrés de vulnérabilité.

Nous estimons à une centaine de millions de dollars la somme nécessaire pour financer ces services de base. Ce montant ne doit servir qu'à la prestation directe des services de base aux jeunes et aux familles ainsi qu'à la coordination locale.

Les CLSC les plus dynamiques en matière de services à la jeunesse devraient, à partir de projets d'implantation, confier au responsable des services jeunesse une enveloppe budgétaire. Ceci servirait à l'achat de services, à la réalisation de projets spéciaux ou à d'autres types d'actions adaptées aux besoins des jeunes et de leur famille, et aussi à en évaluer les impacts.

2.3.4 DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS POUR DES CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES

R-6 Nous recommandons :

Que des réseaux de services intégrés soient créés, notamment pour des clientèles spécifiques comme :

- **Les personnes âgées en perte d'autonomie;**
- **Les personnes avec des problèmes majeurs de santé mentale;**
- **Les personnes avec des maladies complexes, souvent de nature chronique.**

À l'appui de cette recommandation, 4 propositions.

2.3.4.1 LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Le vieillissement de la population du Québec s'accélérera au cours des prochaines années par comparaison à d'autres sociétés occidentales. La population de personnes âgées de 65 ans et plus passera de 12,6 % à 24 % entre 1999 et 2030[17]. Cette croissance démographique des personnes âgées, en nombre et en proportion, est due à la grande fécondité de nos parents, à la fécondité réduite des « baby boomers » de même qu'au succès des mesures de santé publique et de certaines interventions médicales et pharmacologiques.

Il y aura donc de plus en plus de personnes âgées dans les années à venir. Beaucoup seront en bonne santé, contribuant activement à la société et continuant, très souvent, à payer des impôts. Selon leur état de santé, des interventions médicales et sociales appropriées, des technologies et des médicaments contribuent à améliorer leur qualité de vie et à réduire la mortalité et la morbidité. Ceci dit, environ 20 % des aînés ont des incapacités et ont besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne. Cette situation se répercute sur leur entourage qui est appelé à faire face à ces nouveaux besoins.

Par ailleurs, les personnes âgées en perte d'autonomie ont des problèmes complexes : problèmes médicaux aigus et chroniques associés très souvent à des problèmes psychosociaux; incapacités dans les activités de la vie quotidienne; réseau social souvent fragilisé.

Du côté de l'organisation, on constate certains problèmes. Les services leur sont difficilement accessibles et on répond mal à leurs besoins, les principales causes étant la fragmentation des services, l'absence de responsabilité et d'imputabilité précises et du peu d'incitations au travail interdisciplinaire entre les milieux médical et social. En conséquence, les modes de gestion et de budgétisation font en sorte que les ressources « lourdes » que sont les hôpitaux et les CHSLD sont souvent utilisées de façon non pertinente sur le plan clinique : une large part du budget de la santé et des services sociaux y est consacrée. Enfin, il y a souvent absence de réelle prise en charge et de coordination de la continuité. En dernier lieu, on a souvent recours aux interventions de

17 Ministère des Finances du Québec, 2000 (Voir graphique 10, chapitre 4)

nature gériatrique de façon inadéquate et le personnel médical, infirmier et social est peu formé à cette réalité géronto-gériatrique.

Toutefois, évitons de penser de manière déterministe et de projeter, de façon automatique, les coûts actuels en fonction de la croissance prévue du nombre d'aînés. Les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, les nouveaux traitements, actuels et futurs, pour les maladies chroniques de même qu'une meilleure prise en charge médicale et sociale auront un impact sur la qualité de vie et, de ce fait, les aînés seront plus nombreux à vivre plus longtemps en bonne santé. Les expériences émergentes de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie, au Québec et ailleurs, démontrent qu'il est possible de changer leur profil d'utilisation des ressources, de façon efficiente, tout en leur offrant des services de meilleure qualité et plus continus.

Des principes directeurs

Il faut poursuivre la transformation de l'organisation actuelle du réseau afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et de leur assurer des soins et services de qualité et ce, en fonction d'un meilleur rapport coût-efficacité. Le réseau de services intégrés à ces personnes doit être perçu comme une composante essentielle du système et il doit être gouverné par 5 principes directeurs :

1) La capacité d'offrir un ensemble complexe de services

Les personnes âgées en perte d'autonomie ont besoin de recevoir, aux endroits les plus appropriés, un ensemble complexe de services de santé pour des problèmes aigus et chroniques, de services sociaux et de services de soutien aux activités de la vie quotidienne et de la vie domestique.

2) L'utilisation de la ressource la plus pertinente

Il s'agit d'utiliser, de façon plus pertinente et plus flexible, les ressources appropriées de 1re ligne, qu'elles soient médicales, sociales et de soutien, livrées en établissement public ou en cabinet de professionnels, dans le secteur communautaire ou le secteur privé : c'est ainsi que l'on réduira l'utilisation non pertinente des ressources hospitalières et institutionnelles. Bref, il s'agit d'utiliser la ressource la plus pertinente au point de vue clinique, humain et financier, en assurant la qualité, peu importe le lieu.

3) L'intégration des services

Les expériences émergentes démontrent qu'il faut développer des réseaux de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie, basés sur l'organisation et la prestation de services de 1re ligne pour une population définie. L'équipe œuvrant dans ces réseaux assume la responsabilité clinique et la gestion de la continuité des services, peu importe le lieu de prestation. La gestion de cas par un gestionnaire de cas ou un intervenant pivot constitue un outil essentiel pour coordonner et intégrer les services. La responsabilité financière des services, liée à la responsabilité clinique, devient un outil additionnel d'intégration et d'imputabilité.

4) L'approche clinique géronto-gériatrique

L'approche géronto-gériatrique insiste sur l'importance de la prévention et de la prise en charge médicale et sociale précoce. Elle stipule que des interventions basées sur des données probantes peuvent avoir un effet positif sur la trajectoire de la maladie, les incapacités, la qualité de vie et la satisfaction des personnes ainsi que sur l'utilisation des ressources.

5) La formation, la recherche et l'évaluation

Il est important que les professionnels et les autres intervenants de la 1re ligne aient une formation spécialisée, en particulier en gériatrie. Il faut aussi poursuivre la recherche sur les syndromes gériatriques, sur les problèmes psychosociaux qui y sont associés et sur l'organisation des services à ces personnes. Il faut évaluer de façon rigoureuse le développement des projets et des réseaux.

On peut adapter ces mêmes principes directeurs pour les appliquer aux réseaux pour personnes ayant un grave problème de santé mentale ou pour celles ayant des maladies complexes, souvent de nature chronique.

P-21 Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, nous proposons :

Que les régies régionales amorcent et supervisent la création de réseaux de services intégrés et en confient la responsabilité aux CLSC en collaboration avec les *Groupes de médecine de famille*.

Ces réseaux comprendraient les 5 volets suivants :

1) La régie régionale favorise le développement, sur des territoires déterminés (ex. : CLSC, MRC, quartier), de réseaux de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces réseaux ont la responsabilité clinique et financière des services de santé, des services sociaux et des services de soutien à cette clientèle. Les expériences émergentes en cours au Québec peuvent servir de modèle à la régie.

2) La régie régionale s'assure que les CLSC, avec leurs équipes multidisciplinaires de maintien à domicile, développent des ententes contractuelles avec des *Groupes de médecine* de famille, ou des médecins de cabinets là où les *Groupes* ne sont pas encore implantés. Ces ententes précisent les modalités de prise en charge d'une population définie de personnes âgées en perte d'autonomie, soit les activités suivantes :
   - L'identification des personnes et leur suivi;
   - La prise en charge par le même gestionnaire de cas, peu importe le lieu de prestation de services;
   - La prise en charge de la prévention, du traitement, de la réadaptation, des soins palliatifs, l'aide aux proches;
   - L'utilisation de protocoles d'évaluation et d'intervention géronto-gériatrique;
   - La prise en charge des problèmes médicaux et sociaux de longue durée ainsi que des épisodes aigus; la gestion de la transition entre le domicile et l'hôpital et vice versa; le service de garde;
   - L'utilisation et la mobilisation de ressources de façon rapide et flexible, y inclus les services de soutien et les ressources alternatives d'hébergement;
   - Le mode de liaison avec les services spécialisés, en particulier la gériatrie et la gérontopsychiatrie;
   - Le mode de liaison avec l'hôpital de courte durée et le CHSLD.

3) La régie régionale favorise l'établissement d'un budget spécifique, sur la base soit du nombre de personnes âgées sous sa responsabilité, soit d'un « budget personnes

âgées en perte d'autonomie », en rapport avec les responsabilités cliniques du réseau de services intégrés. Ce budget devrait inclure progressivement les coûts des services dans les divers établissements (CLSC, CHSLD, hôpital), dans les ressources privées d'hébergement ou de maintien à domicile, et ceux des médicaments (RAMQ). Il intégrerait aussi le financement provenant d'un éventuel régime capitalisé d'assurance contre la perte d'autonomie, que nous décrirons au chapitre 4. On introduit ainsi la fonction « achat » de services, séparée peu à peu de la fonction « production » de services.

4) Le CLSC est responsable de la gestion de ce programme, en collaboration avec les *Groupes de médecine de famille*.

5) Étant donné la complexité de la mise sur pied des projets et la spécificité des régions, nous proposons de commencer par des projets d'implantation dans chacune des régions. Encore ici, adoptons la même approche : décidons, agissons, évaluons, ajustons.

UNE AUGMENTATION DES RESSOURCES DE MAINTIEN À DOMICILE ET D'HÉBERGEMENT

P-22 Pour assurer une qualité de vie aux personnes âgées en perte d'autonomie, peu importe leur lieu de résidence, nous proposons :

- **D'accroître globalement l'offre et l'intensité des services à domicile et d'hébergement;**
- **D'assurer la qualité des services et le respect de la dignité, peu importe le lieu de résidence ou le type d'hébergement;**
- **D'assurer l'équité entre les régions;**
- **D'élaborer un plan de rattrapage budgétaire permettant d'élever à un niveau acceptable l'intensité des soins aux personnes hébergées en CHSLD.**

Le manque de ressources en maintien à domicile autant qu'en hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie est l'objet d'un constat très largement partagé. Les services à domicile sont parfois très peu disponibles dans certains territoires et le taux de réponse aux besoins dans certains CHSLD, en termes d'heures-soins, se retrouve parfois à des niveaux tout à fait inacceptables dans une société qui valorise l'équité et la compassion. Enfin, les ressources d'hébergement privées sont utilisées sans qu'il y ait

toujours les mécanismes nécessaires pour évaluer la qualité des services qu'elles dispensent.

L'hébergement des personnes âgées est une réalité complexe. Le nombre de places en CHSLD et dans d'autres ressources d'hébergement doit être analysé dans le contexte d'un continuum de services pour la personne. Il n'est pas acceptable, aux points de vue humain, clinique et économique, qu'il y ait 10 % à 15 % des lits d'hôpitaux de courte durée (incluant les hôpitaux universitaires) qui soient occupés par des personnes âgées en attente de placement. Il n'est pas acceptable qu'on utilise l'urgence de l'hôpital ou que l'on allonge le séjour de personnes âgées à l'hôpital pour des raisons sociales ou par manque de ressources de soutien ou d'hébergement. Cette absence de ressources alternatives de même qu'un manque de flexibilité de l'admission dans les CHSLD contribuent à mettre de la pression sur l'hôpital.

Dans ce continuum de services, il faut que le réseau pour personnes âgées en perte d'autonomie puisse, en collaboration avec la personne et sa famille, employer le budget de façon flexible pour assurer l'utilisation la plus pertinente possible de l'ensemble des ressources de maintien à domicile, des ressources alternatives d'hébergement publiques ou privées et des ressources de CHSLD. C'est le réseau qui, dans l'exercice de sa responsabilité clinique, doit assurer la qualité des soins et services peu importe le lieu de résidence et le type d'hébergement.

Dans la mesure où nous accroîtrons la capacité de maintien à domicile et que se développeront, de façon plus variée et flexible, des ressources alternatives d'hébergement, les personnes qui seront admises en CHSLD souffriront d'incapacités plus graves et de problèmes médicaux et de problèmes de comportement plus aigus. Le budget des CHSLD devra s'adapter en conséquence.

Bref, une offre accrue et diversifiée de services à domicile et de services d'hébergement est nécessaire. On doit viser une meilleure équité entre les régions et sous-régions du Québec.

Il faut enfin utiliser l'approche du contrat de services pour bien définir les résultats attendus et mesurer la performance en termes de quantité et de qualité de services, que l'offre soit publique ou privée.

2.3.4.2 LES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES MAJEURS DE SANTÉ MENTALE

En 1989, le gouvernement du Québec se dotait d'une politique de santé mentale qui indiquait la nécessité d'adapter les services dans la communauté pour mieux soutenir, dans leur milieu de vie, les personnes atteintes de troubles mentaux sévères. Au milieu des années 1990, le Vérificateur général du Québec constatait que l'implantation de cette politique était déficiente et que peu de changements s'étaient opérés.

En 1997, le gouvernement du Québec se donne des *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*. Ce document vise surtout les services pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants, autrement dit des personnes atteintes de maladie mentale grave. Il met clairement de l'avant la volonté de rapprocher l'intervenant du milieu de vie, de diversifier les services et de réallouer les ressources en fonction de ces choix. Le document présente des pistes et des priorités d'action.

En 1998, le gouvernement du Québec présente le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. L'appropriation du pouvoir comme démarche collective et individuelle y est présentée comme principe général. Deux clientèles prioritaires sont identifiées : les adultes souffrant de troubles mentaux graves et les enfants et les jeunes souffrant de troubles mentaux. On y présente 11 objectifs, avec, pour chacun, des mesures et des indicateurs.

En 1999, la ministre crée le Groupe d'appui à la transformation des services en santé mentale, dont le mandat est de soutenir et de faciliter le changement durant l'implantation du *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*.

En septembre 2000, lors du Forum sur la santé mentale, à Trois-Rivières, la ministre annonce son intention de consolider l'offre de base en santé mentale et de donner priorité au secteur de la pédopsychiatrie et aux services de santé mentale aux enfants et adolescents. Quant aux personnes touchées, la ministre insiste sur la nécessité de développer des services de suivi dans la communauté, des services d'intervention en situation de crise et de soutien aux familles et aux proches ainsi qu'un accès plus général et plus soutenu aux traitements médicaux.

À présent, le constat de nombreuses personnes et de groupes que nous avons rencontrés

est similaire : depuis la publication de la politique en 1989, beaucoup d'intentions ont été annoncées, mais les actions ont été insuffisantes.

Selon le *Rapport sur la santé dans le monde 1999*[18] de l'Organisation mondiale de la santé, les maladies neuropsychiatriques représentent 23 % des années de vie vécues avec une incapacité (ACVI) dans les pays à haut revenu en 1998, comparativement à 15 % en 1990. Bien qu'elles soient moins présentes parmi les causes de décès, « *les maladies neuropsychiatriques figurent parmi les principales causes d'incapacité et de morbidité. Les troubles psychiatriques représentent souvent une charge considérable pour les ressources sanitaires du fait qu'ils sont mal reconnus, mal diagnostiqués, ou mal soignés. En améliorant la planification budgétaire et l'affectation des ressources et en mettant en place un programme de santé mentale efficace au niveau des soins de santé primaire, on peut réduire substantiellement les dépenses de santé générale. Les soins de santé mentale, contrairement à beaucoup d'autres secteurs, ne nécessitent pas, d'une manière générale, des techniques coûteuses mais exigent plutôt une affectation judicieuse de personnels dûment formés, qui soient capables d'utiliser des médicaments relativement bon marché et de fournir un appui psychologique dans le cadre d'un traitement ambulatoire.* »

Le *Surgeon General* des États-Unis a publié en 1999 un rapport intitulé *Mental Health : A Report of the Surgeon General*. Ce rapport souligne que, parmi les adultes, 20 % sont affectés par un problème de santé mentale au cours d'une année, 9 % ont un problème de santé mentale avec limitation fonctionnelle, 5,4 % ont un problème important de maladie mentale et 2,6 % souffrent d'une maladie mentale grave et persistante. Ce rapport insiste sur certains points : les problèmes de santé mentale et la maladie mentale affectent les personnes à tous les cycles de la vie; il existe des traitements efficaces et variés pour la très grande majorité des troubles mentaux; il faut rendre les services accessibles le plus possible dans la communauté, en développant une approche intégrée avec les professionnels et les établissements concernés; il faut des ressources compétentes en nombre suffisant; enfin, il faut vaincre les préjugés qui entourent la maladie mentale.

Le Québec compte environ 150 000 personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants.[19] On classe habituellement parmi ces maladies la schizophrénie, les psy-

18. Rapport sur la santé dans le monde 1999, Organisation mondiale de la santé, p. 19.
19. Anne Gauthier (1998). Organisation des services de santé mentale dans la communauté : enseignements à tirer de la recherche évaluative. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Collection Études et analyses.

choses et les autres troubles graves de la personnalité. Ces personnes souffrent de détresse psychologique et leur niveau d'incapacité interfère de façon marquée dans leurs relations personnelles et leurs compétences sociales de base. Autrefois, ces personnes demeuraient à l'hôpital psychiatrique pour de longues périodes. Aujourd'hui, suite à la désinstitutionnalisation, elles vivent très souvent dans la communauté, sans que les ressources adéquates ne les aient toujours suivies.

Par ailleurs, nous savons que le Québec présente un taux annuel de suicide de 17,9 par 100 000 habitants, soit plus du double de l'Ontario. Chez les hommes de 15 à 39 ans, le suicide est devenu la première cause de mortalité. Nous savons aussi que les itinérants souffrant de maladie mentale sévère, en plus de troubles liés à la consommation de drogues et d'alcool, sont de plus en plus nombreux.

La Commission a entendu plusieurs groupes communautaires de défense des droits réclamer la « démédicalisation » des problèmes de santé mentale et une appropriation des droits des patients par eux-mêmes. La Commission a également entendu divers groupes de professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie dénoncer le sort fait aux personnes atteintes de maladie mentale grave qui ont été désinstitutionnalisées et qui se retrouvent à la rue, sans ressources adéquates tandis que, selon eux, les budgets demeurent, pour une large part, dans les grands hôpitaux psychiatriques. La Commission a enfin entendu les grands hôpitaux psychiatriques réclamer le leadership dans l'offre de services aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants.

Une chose nous paraît claire : au-delà des divergences parfois idéologiques, les problèmes de santé mentale et les maladies mentales sont de grande ampleur et ils ont un impact majeur sur les personnes, sur leurs familles et sur la communauté. Beaucoup de personnes souffrent. De plus, on constate des problèmes majeurs d'accessibilité et de continuité des soins et services, de même que des préjugés tenaces. La Commission pense qu'il faut clarifier les responsabilités rapidement et passer à l'action.

DES SERVICES COURANTS ET DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS

P-23 Pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, nous proposons :

- **De renforcer les services courants de santé mentale dans les CLSC et dans le réseau communautaire;**
- **De créer, à l'initiative de la régie régionale, des réseaux de services intégrés pour les personnes ayant des troubles mentaux graves et persistants ou atteintes de maladie mentale grave;**
- **Que ces réseaux soient sous la responsabilité de l'établissement qui a la meilleure expérience et expertise pour en assumer le leadership.**

La Commission n'a malheureusement eu ni le temps ni l'expertise pour analyser en profondeur le mérite des différentes visions qui ont été exprimées devant elle.

Dans les sections précédentes de ce chapitre, nous avons proposé certaines mesures permettant d'aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Il s'agit des mesures suivantes : des services courants de santé mentale : une offre de services psychosociaux pour les clientèles vulnérables dans les CLSC, un rôle clair du CLSC dans la gestion de la continuité des services avec les *Groupes de médecine de famille*, les autres établissements et les organismes communautaires. Nous réaffirmons ici la nécessité de ces mesures dans la présente proposition en insistant sur l'importance du réseau communautaire dans le domaine de la santé mentale.

La Commission juge en outre que le modèle de réseau de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie, décrit plus haut, devrait être expérimenté pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants. Ce modèle devrait suivre les mêmes principes directeurs, qu'il faut cependant adapter en fonction d'expériences de même nature au Québec, au Canada et aux États-Unis. Il faudrait mettre sur pied une équipe de professionnels (psychiatre, infirmière, psychologue, travailleur social, ergothérapeute, éducateur spécialisé, travailleur de rue) rattachée à un « établissement pivot » qui assumerait le leadership dans le développement de ces réseaux. L'établissement pivot devrait être celui qui, dans chaque région ou sous-région, possède l'expertise et les ressources pour exercer le mieux ce leadership. L'équipe interdisciplinaire et l'établissement désigné auraient pour mission d'offrir ou de s'assurer

que soient offerts, dans la communauté où vivent les personnes, des services d'hébergement résidentiel, des services de traitement (santé mentale et physique), des services de réadaptation, un suivi clinique intensif et non intensif, un soutien à la réinsertion sociale et à la réinsertion au travail, un répit-dépannage. De plus, on devrait faire appel à l'expertise des organismes communautaires, dans une approche de subsidiarité, afin de permettre aux personnes de vivre le plus longtemps possible dans leur communauté. La régie régionale devrait amorcer la mise sur pied de tels réseaux.

2.3.4.3 LES PERSONNES AYANT DES MALADIES COMPLEXES, SOUVENT DE NATURE CHRONIQUE

P-24 Pour les personnes avec des maladies complexes, souvent de nature chronique, nous proposons :

La mise sur pied de réseaux de services intégrés, dans une perspective de partage des connaissances et des ressources entre les paliers national, régional et local.

Certaines maladies, comme le cancer, la maladie pulmonaire occlusive chronique (MPOC), l'insuffisance cardiaque, la maladie d'Alzheimer, l'asthme, le diabète, sont des maladies progressives, souvent irréversibles, avec un impact de plus en plus marqué sur les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs proches. Ce sont des maladies qui nécessitent souvent des interventions coûteuses et des technologies complexes, dans un contexte interdisciplinaire. La clientèle touchée est croissante et les coûts de traitement sont généralement élevés. Il est devenu nécessaire de mettre en place une continuité des services et une perspective plus globale des soins, de la 1re à la 3e ligne. Ces maladies se prêtent bien à une organisation sous la forme d'un réseau de services intégrés, avec, généralement, un volet local, régional et national.

Ces réseaux se développent souvent sous le leadership de médecins spécialistes, au sein d'équipes interdisciplinaires médicales et sociales, en liens étroits avec les équipes de 1re ligne. Ils se développent parfois sous l'initiative de médecins de 1re ligne. Peu importe qui prend l'initiative, il est essentiel que les *Groupe de médecins de famille* y participent afin d'assurer la continuité des services aux patients dont ils ont la responsabilité. Le coordonnateur du réseau peut être un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé. Ce qui doit primer dans le choix, ce sont les qualités de leadership, de

compétence en gestion clinique et en coordination d'équipes interdisciplinaires. L'infirmière clinicienne ou praticienne (*nurse practitioner*) joue un rôle de premier plan dans ces équipes.

Un tel réseau regroupe des interventions préventives, médicales, pharmacologiques (gestion thérapeutique), sociales, psychologiques et de réadaptation. Le patient participe activement à la prise en charge de sa maladie : on parle alors d'autogestion de la maladie. L'objectif est de permettre au patient de mieux comprendre son état, de prendre en charge sa maladie, d'en tirer une qualité de vie améliorée et de mieux utiliser les ressources. Les réseaux de cette nature, dont plusieurs sont déjà établis au Québec, connaissent un bon succès. La Commission propose d'une part, d'en augmenter le nombre et, d'autre part, de les développer en liens très étroits avec l'organisation des services de 1re ligne à l'échelle locale.

Certains de ces réseaux de services intégrés doivent être coordonnés à l'échelle nationale, par l'entremise du MSSS ou d'un organisme central. En effet, certains types de maladies, comme les cancers et les maladies cardiaques, nécessitent des équipes surspécialisées, des équipements de haute technologie et des activités de recherche avancée que l'on ne peut disperser partout au Québec. C'est pourquoi il faut un leadership, une coordination et une intégration à l'échelle nationale. La Commission est d'avis qu'il n'y a pas *a priori* de contradiction entre centralisation et décentralisation : certains services courants et spécialisés doivent être décentralisés le plus près possible du milieu de vie, tandis que les activités nécessitant une masse critique de patients et de professionnels, une expertise rare, des équipes surspécialisées et des technologies de pointe ont avantage à être regroupées, concentrées et coordonnées à l'échelle nationale.

Les soins palliatifs

Pour ce qui est des soins palliatifs dispensés aux personnes en fin de vie, ils constituent une problématique complexe. Ces personnes, qui sont atteintes d'une maladie à l'évolution rapide, souvent imprévisible, et dont l'issue est la mort dans un laps de temps relativement court, traversent l'une des plus grandes crises psychologiques et spirituelles de leur existence. Elles sont entourées de proches qui sont durement éprouvés et qui le resteront bien après le décès de la personne.

Le nombre de décès au Québec connaîtra une hausse fulgurante au cours des prochaines

années. La majorité sera la conséquence d'une maladie chronique mais, à l'heure actuelle, ce sont à peine 10 % des malades requérant des soins palliatifs qui en reçoivent. Seulement 10 % des personnes atteintes de cancer décèdent à domicile. Ces chiffres sont inférieurs à ceux des autres provinces canadiennes.

Il faut assurer une organisation et un financement adéquats de l'ensemble des services permettant la prise en charge efficace et compétente des malades en fin de vie à domicile, de façon à accroître leur capacité à demeurer chez eux jusqu'à leur décès, s'ils le désirent. Il faut préparer les familles à assumer les deuils. Il faut aussi adapter les services des hôpitaux et des CHSLD, notamment en installant des unités de soins palliatifs.

Les personnes en fin de vie et leur entourage ont besoin d'une combinaison complexe de services médicaux de 1re, 2e et 3e lignes, de services psychologiques, sociaux, spirituels et de services de soutien. Les réseaux de soins palliatifs reposent donc sur un arrimage entre les CLSC et les *Groupes de médecine de famille*, et particulièrement avec les services hospitaliers d'oncologie. Ces réseaux doivent pouvoir assurer un ensemble complexe de services; ils doivent pouvoir coordonner ces services, utiliser la ressource la plus pertinente, avoir une capacité de réaction et d'adaptation rapide et aussi pouvoir former les intervenants.

Les services pharmaceutiques

Le médicament est de plus en plus utilisé comme technologie thérapeutique. Son action est mieux ciblée et les effets secondaires généralement mieux contrôlés. Par ailleurs, le coût global des médicaments est en croissance rapide à cause surtout de l'augmentation du volume et de l'intensité du traitement. De là, la nécessité d'assurer une utilisation optimale des médicaments par des outils de gestion thérapeutique et des revues d'utilisation de médicaments.

Bien que valable pour l'ensemble des services de santé, l'utilisation optimale des médicaments est particulièrement essentielle dans l'ensemble des réseaux de soins intégrés que nous venons de décrire. D'autant plus que les patients de ces réseaux sont souvent en transition entre divers milieux de soins : domicile, salle d'urgence, hôpital, CLSC, centre de réadaptation, CHSLD, hébergement temporaire ou alternatif. Cette mobilité requiert une vigilance, une coordination et une flexibilité des services

pharmaceutiques. Il faut donc que les pharmaciens jouent un rôle actif dans ces réseaux afin d'y représenter l'expertise pharmaceutique.

2.3.5 UNE ORGANISATION COHÉRENTE DES SERVICES SPÉCIALISÉS MÉDICAUX ET HOSPITALIERS

R-7 Nous recommandons :

Que les services spécialisés médicaux et hospitaliers de 2e et de 3e ligne soient consolidés à partir des éléments suivants :

- **La hiérarchisation des services médicaux;**
- **La réorganisation des urgences;**
- **L'affiliation de cliniques de médecins spécialistes à des centres hospitaliers;**
- **La clarification de la mission universitaire.**

À l'appui de cette recommandation, 4 propositions :

L'organisation des services médicaux et hospitaliers de 2e et 3e lignes est au cœur des préoccupations du public, des médias, des professionnels, des syndicats, des fédérations médicales et du gouvernement. Pensons seulement aux listes d'attente qui s'allongent, aux urgences débordées, à la répartition de médecins, à l'accès aux examens diagnostiques et aux interventions chirurgicales, à la pénurie d'infirmières et de techniciens en oncologie, à l'envoi de patients aux États-Unis, au déficit des hôpitaux et au rôle des hôpitaux universitaires.

La Commission a reçu de nombreuses recommandations pour améliorer le fonctionnement des services médicaux et hospitaliers de 2e et 3e lignes. Au-delà d'une organisation efficace de la 1re ligne et d'un développement de réseaux de services intégrés, on nous a proposé d'autres mesures plus spécifiques. Nous avons retenu celles qui nous paraissaient les plus susceptibles d'appuyer les changements souhaités.

LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES MÉDICAUX

P-25 Sur le plan de la hiérarchisation des services, nous proposons :

- **Que le MSSS et les régies régionales reconnaissent le principe de la hiérarchisation des services médicaux comme l'un des fondements du système de santé québécois;**
- **Que les régies régionales décident du rôle des hôpitaux locaux et régionaux, des services qu'ils ont à assurer et qu'elles leur désignent leur territoire respectif;**
- **Que le MSSS, après consultation des régies régionales, définisse le rôle et les services des hôpitaux suprarégionaux et procède à leur désignation;**
- **Que la budgétisation des hôpitaux contienne des incitations financières, tant pour l'hôpital que pour les chefs de département clinique, favorisant la négociation de contrats formels de « corridors » de services entre hôpitaux.**

La hiérarchisation des services médicaux suppose que les services sont offerts d'abord en fonction de l'expertise des médecins qui les rendent. En d'autres termes, les médecins de famille ou les omnipraticiens font surtout de la médecine de 1re ligne et, parfois, des activités de 2e ligne. Les médecins spécialistes de 2e et de 3e lignes dispensent surtout des soins spécialisés, selon leur expertise, mais ne font pas de 1re ligne, sauf exception.

Le Conseil médical du Québec[20] définit ainsi les grandes caractéristiques des services de 2e ligne :

- Problèmes complexes de santé qui ne peuvent être résolus en 1re ligne;
- Infrastructure adaptée à l'hôpital, en centre de réadaptation, en cabinet ou polyclinique;
- Technologies diagnostiques et thérapeutiques complexes mais répandues;
- Caractère spécifique et ponctuel des services : consultation, investigation plus poussée, traitements spécialisés;
- Accès au spécialiste et retour à la 1re ligne;

20 Conseil médical du Québec (2000). *Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux : Synthèse des avis du Conseil médical du Québec.*

- Présence de spécialités de base comme médecine interne, chirurgie générale, anesthésie, psychiatrie, etc.;
- Participation des omnipraticiens en milieu hospitalier.

Quant aux services médicaux de 3e ligne, ils se caractérisent ainsi :

- Problèmes très complexes ou très rares;
- Champ de la médecine surspécialisée;
- Formation médicale plus poussée qu'en 2e ligne;
- Équipes de soins hautement qualifiées et plateaux techniques à la fine pointe de la technologie;
- Accès au spécialiste sur demande du médecin de famille ou du médecin spécialiste de 2e ligne;
- Disponibilité de ces services à l'échelle nationale, suprarégionale, en centre hospitalier à vocation ultraspécialisée.

La hiérarchisation des services médicaux est nécessaire pour assurer une utilisation optimale de l'expertise des médecins et elle est d'autant plus importante qu'il y a une relative pénurie de médecins dans certaines spécialités. Elle appelle une hiérarchisation des hôpitaux, avec des « corridors » de services et des contrats de services formels entre ces hôpitaux, négociés avec leurs chefs de départements cliniques respectifs. Nous proposons 3 types d'hôpitaux :

L'hôpital local

- C'est l'hôpital communautaire ou de proximité, desservant une ou quelques MRC ou quartiers. On y retrouve des omnipraticiens qui pratiquent en *Groupes de médecine de famille*, en CLSC et à l'hôpital, appuyés par une équipe de médecins en spécialités de base, autour de la chirurgie générale polyvalente, de la médecine interne polyvalente et de l'anesthésie.
- Il possède une urgence, des lits d'hospitalisation en soins aigus, un plateau technique de base (laboratoires, imagerie médicale de base, bloc opératoire). Cet hôpital local a des liens très étroits avec les équipes de 1re ligne en CLSC ou avec les *Groupes de médecine de famille*.
- L'hôpital et ses chefs de départements ou services cliniques négocient des « corridors » de services et des contrats formels avec un hôpital régional ou, dans

certains cas, avec un hôpital à vocation suprarégionale ou universitaire, selon les spécialités.

L'hôpital régional

- Il offre les spécialités de base et quelques spécialités ou programmes régionaux définis en collaboration avec la régie régionale et le MSSS.
- Il possède un plateau technique plus développé en fonction des spécialités reconnues.
- L'hôpital régional a un mandat local pour l'ensemble des services et un mandat régional dans certaines spécialités et programmes. Il a la responsabilité de desservir les hôpitaux locaux dans ces spécialités par le biais des « corridors » de services définis.
- Sous la supervision de la régie régionale, l'hôpital régional, par le biais de ses chefs de départements, ou le cas échéant de ses chefs de services cliniques, négocie des corridors de services et des contrats formels avec les hôpitaux locaux et, pour certains programmes, avec les *Groupes de médecine de famille* et les CLSC (ex. : réseau pour insuffisance cardiaque).
- Sous la supervision de la régie régionale, l'hôpital régional, par le biais de ses chefs de départements, ou le cas échéant ses chefs de services cliniques, négocie des « corridors » de services et des contrats formels avec les hôpitaux à vocation suprarégionale ou universitaire pour les services surspécialisés non disponibles dans la région.
- Dans certaines régions, comme l'Abitibi, la Gaspésie et la Côte-Nord, les spécialités ou programmes régionaux peuvent être partagés entre hôpitaux sous-régionaux. Il faut alors s'assurer d'une masse critique d'effectifs et de patients et d'une synergie entre certaines spécialités (ex. : cardiologie et pneumologie). Dans ces régions, il y aurait lieu d'étudier la possibilité d'avoir recours d'abord aux spécialistes en médecine interne comme spécialistes médicaux de 2e ligne.

L'hôpital suprarégional ou universitaire

- L'hôpital suprarégional ou universitaire a un mandat local et régional pour l'ensemble des services spécialisés et un mandat suprarégional ou national dans certaines surspécialités.
- Il y a concentration de surspécialités, en expertise et en équipements, dans un

nombre limité d'hôpitaux parce que ces surspécialités nécessitent une masse critique de patients et de professionnels.

- Cet hôpital possède un personnel hautement spécialisé et des plateaux techniques à la fine pointe de la technologie.
- L'hôpital universitaire a, en plus, une mission d'enseignement, de recherche et d'évaluation. On y évalue les technologies les plus récentes (équipements, médicaments, interventions) de même que les pratiques de soins et l'organisation des services.
- L'hôpital suprarégional ou universitaire, par le biais de ses chefs de départements, ou le cas échéant de ses chefs de services cliniques, négocie des « corridors » de services et des contrats formels avec les hôpitaux régionaux et, dans certains cas, avec des hôpitaux locaux, pour offrir des services surspécialisés.

Les contrats formels de « corridors » de services se négocient entre les hôpitaux par le biais des chefs de département ou de services cliniques, sous la supervision de la régie régionale. Ces contrats portent, entre autres, sur les modalités de consultation, les mécanismes de transfert des patients, la transmission de l'information, le retour du patient à la 1re ligne, le soutien au médecin de famille, les besoins de services de l'hôpital « client », la mise sur pied de programmes spécifiques, la formation professionnelle continue.

Un hôpital peut négocier des ententes avec plusieurs hôpitaux pour avoir accès à des départements ou services cliniques différents. Cette flexibilité permet une certaine concurrence et la possibilité d'aller ailleurs si l'on n'est pas satisfait des services. Nous recommandons que la budgétisation des hôpitaux tienne compte de ces contrats de services et que l'on prévoit des incitations budgétaires aux hôpitaux et à leurs chefs de département pour conclure de telles ententes et que les deux organisations partenaires soient conjointement évaluées sur les résultats de ces ententes.

2.3.6 LA RÉORGANISATION DES URGENCES

P-26 Pour la réorganisation des urgences, nous proposons :

D'accélérer la mise en application des mesures prévues dans le *Projet Urgence 2000*, adopté en septembre 1999, et dans le plan d'action intitulé *Relever ensemble le défi des urgences* et adopté en novembre 1999.

Il faut changer la dynamique de l'utilisation de l'urgence qui est devenue, en pratique, presque la seule porte d'entrée dans le système de soins et, souvent, le dernier recours. L'urgence devrait être réservée aux problèmes urgents. Nous sommes d'avis que certaines recommandations constituent des conditions essentielles pour agir efficacement autant en amont qu'en aval de l'urgence : l'organisation d'un réseau de services de 1re ligne, de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie et pour certaines maladies complexes, souvent de nature chronique.

Le Projet Urgence 2000[21] et le plan d'action *Relever ensemble le défi des urgences*[22], présentés par la ministre, sont issus d'un forum sur la situation dans les urgences auquel participaient les principaux acteurs des urgences du Québec. Voici les 9 recommandations du plan d'action telles qu'elles figurent dans ce second document :

- Formuler puis adopter une mission pour les urgences;
- Favoriser une meilleure coordination des soins et des services entre les urgences des hôpitaux, les intervenants et les services faisant partie du réseau de soins de la communauté, notamment les CLSC, les CHSLD, les cliniques privées et les autres partenaires (par le biais des ententes locales);
- Favoriser une meilleure continuité des soins aux clientèles vulnérables, notamment aux personnes âgées en perte d'autonomie et à celles qui sont atteintes de maladies chroniques;
- Favoriser la prise en charge des clientèles « lourdes » et des personnes vulnérables par les médecins de famille;
- Gérer les effets des variations saisonnières et l'augmentation de la clientèle;
- Favoriser l'intégration harmonieuse de l'urgence dans l'hôpital;
- Donner aux urgences un accès suffisant au plateau technique d'investigation;
- Favoriser l'implication, la stabilité et le développement du personnel de l'urgence;
- Établir un mode de gestion moderne de l'urgence, à l'image des meilleurs modèles[23].

21 Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999), *Projet Urgence 2000 : de paratonnerre à plaque tournante*.
22 Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999), *Relever ensemble le défi des urgences : plan d'action*.
23 Idem.

Parmi les autres mesures proposées dans ces documents, 2 nous semblent de tout premier plan :

- Mettre en place un mode de rémunération des médecins d'urgence à forfait, en accord avec la mission de l'urgence;
- Étudier la possibilité de développer la fonction d'infirmière praticienne en soins d'urgence, entre autres pour les tâches d'évaluation triage, en collaboration et en complémentarité avec la pratique médicale.

La Commission estime aussi :

- Que l'accès aux ressources d'hébergement, en CHSLD ou ailleurs, doit être accru, facilité et plus flexible.
- Que, si le patient n'a plus de raison médicale de demeurer à l'hôpital, la responsabilité de sa prise en charge, y inclus son hébergement, devrait être transférée à l'équipe de la 1re ligne (CLSC et *Groupe de médecine de famille*) ou aux réseaux de services intégrés dans la mesure où ces réseaux sont fonctionnels.

2.3.7 LES CLINIQUES AFFILIÉES DE MÉDECINS SPÉCIALISTES

P-27 Pour améliorer la flexibilité dans l'offre de services spécialisés, nous proposons :

Que des cabinets ou des cliniques de médecins spécialistes puissent s'affilier à un centre hospitalier et ainsi en devenir le prolongement fonctionnel.

Sur un territoire donné, les médecins spécialistes pratiquent la médecine à l'hôpital ou en cabinet. Autrefois, l'hôpital était le principal lieu de pratique de la plupart des spécialistes, surtout chirurgicaux. C'est encore le cas aujourd'hui pour plusieurs spécialités. Cependant, suite à l'arrivée de nouvelles technologies, certaines interventions diagnostiques ou thérapeutiques qui nécessitaient un environnement hospitalier peuvent maintenant se faire à présent dans un environnement plus convivial et non institutionnel. C'est le cas, par exemple, de nombreuses interventions en ophtalmologie, en oto-rhino-laryngologie, en radiologie. Ces interventions n'ont besoin ni du complexe plateau technique de l'hôpital ni de ses services d'hôtellerie.

Nous proposons donc que des cabinets de spécialistes puissent s'affilier à un centre hospitalier et en devenir le prolongement fonctionnel. Par cette affiliation, les médecins du cabinet sont rattachés à un service clinique hospitalier (ex. : médecine interne, cardiologie, chirurgie générale, radiologie). Ils répondent au même chef de service et doivent observer les mêmes standards de pratique et participer au CMDP de l'hôpital. La pratique de groupe est favorisée et valorisée aux dépens de la pratique en solo en cabinet isolé. De cette façon, l'ensemble des médecins spécialistes d'un même service, qu'ils pratiquent en hôpital ou en cabinet, peuvent offrir l'ensemble des activités médicales requises dans la spécialité.

Le cabinet affilié existe là où les besoins le justifient en termes de clientèles et d'activités. Un cabinet s'affilie dans le cadre d'une entente à laquelle participent les médecins concernés, le centre hospitalier (par l'entremise de son chef de service clinique), et la régie régionale. Cette entente définit les obligations mutuelles des parties : l'offre de services, les ressources consenties, les résultats attendus et les modalités d'imputabilité. La gestion des ressources du cabinet affilié est sous l'unique responsabilité des médecins qui y travaillent dans le cadre de l'entente.

Dans ce contexte d'un prolongement du service clinique hospitalier, les cabinets affiliés pourraient dispenser, selon une entente avec le centre hospitalier et sous l'encadrement clinique du chef de service clinique concerné, des services médicaux spécialisés offerts à l'hôpital à l'heure actuelle, comme certaines activités de consultation de clinique externe, certains examens diagnostiques (ex. : imagerie médicale) ou certaines chirurgies mineures ou chirurgies d'un jour. Il s'agit ici de continuer de favoriser le déplacement, vers un environnement ambulatoire, d'activités diagnostiques ou thérapeutiques dont l'évolution technologique ne nécessite plus l'organisation complexe de l'hôpital et qui peuvent être faites dans une même journée. Nous partons du principe qu'une intervention diagnostique ou thérapeutique, jugée nécessaire sur le plan médical, doit être assurée indépendamment du lieu de prestation, que ce soit à l'hôpital ou en cabinet.

L'affiliation de cabinets et cliniques de spécialistes à un hôpital, avec rattachement au chef de département ou service clinique, devrait permettre de :

- Améliorer l'accès aux services pour les patients;
- Diminuer les listes d'attente;
- Mieux répartir les activités médicales au sein d'une spécialité et augmenter la synergie entre les spécialistes;
- Désengorger graduellement le bloc opératoire et indirectement l'urgence.

Les principes suivants devraient encadrer l'affiliation de cabinets de médecins :

- Le patient n'a à payer ni plus ni moins que si l'intervention est faite à l'hôpital;
- Le chef du département ou du service et le CMDP de l'hôpital assurent l'évaluation de la qualité des services;
- Il doit y avoir des avantages financiers et opérationnels pour l'hôpital et le système de santé;
- L'affiliation ne doit pas priver l'hôpital de la disponibilité médicale des médecins des cabinets affiliés;
- Les cabinets affiliés et les médecins qui en font partie facturent la RAMQ et ne peuvent facturer les patients en sus. Un médecin ne peut pas pratiquer à la fois dans un cabinet affilié et dans une clinique complètement privée hors RAMQ.

Le financement demeure donc public et le paiement des médecins est effectué par la RAMQ. Les frais d'exploitation, incluant l'amortissement des équipements techniques, seront préalablement négociés entre l'hôpital et le cabinet affilié. La durée des contrats tiendra compte d'une période optimale d'amortissement et de durée de vie des équipements, le cas échéant. Le contrat prévoira les mécanismes d'évaluation des résultats, les obligations mutuelles des parties et les clauses usuelles de protection. C'est la régie régionale qui fixe le nombre de ces cliniques dans sa région et, en collaboration avec l'hôpital et le chef de service concerné, elle s'assure de l'évaluation de la qualité des services.

Étant donné le caractère novateur de cette recommandation, nous proposons de procéder à son implantation graduelle par des projets d'implantation, avec évaluation continue des résultats.

2.3.8 LA CLARIFICATION DE LA MISSION ET DE L'ORGANISATION DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES

La situation actuelle des hôpitaux universitaires est plutôt confuse. Nous avons des centres hospitaliers universitaires (CHU) qui devraient normalement offrir l'ensemble, ou presque, des grands programmes d'enseignement des spécialités médicales. Nous avons aussi des centres hospitaliers affiliés (CHA) qui devraient offrir quelques programmes d'enseignement et de recherche en complémentarité avec les CHU; et nous avons enfin les instituts qui n'offrent généralement qu'un programme d'enseignement et de

recherche dans une spécialité. Dans les faits, la distinction entre les CHU, les CHA et les instituts n'est pas claire. Par exemple, dans quelques CHU, certains programmes majeurs sont absents, et sont plutôt offerts dans les CHA. Cette confusion crée une compétition, à notre avis malsaine et coûteuse, entre ces trois types d'établissements à vocation universitaire. Sans parler des difficultés inhérentes au processus de fusion des CHU.

La Commission a l'impression que le concept de CHU, qui existe aussi ailleurs dans le monde, n'est pas celui qui a été implanté au Québec. Le processus de désignation et de regroupement des hôpitaux universitaires a été plus influencé par des intérêts corporatistes et politiques, des rivalités malsaines et des « chicanes de clocher » que par l'intérêt public d'offrir une excellente qualité de soins, d'enseignement et de recherche. Aujourd'hui, alors que l'on s'apprête à injecter quelques milliards dans la construction de deux nouveaux CHU, la situation demeure inquiétante.

Sur le plan budgétaire, les composantes enseignement, recherche, évaluation et implantation des nouvelles technologies (incluant les nouveaux médicaments), de même que la composante des services suprarégionaux et nationaux, ne sont pas bien définies et par le fait même, elles ne sont pas spécifiquement reconnus. Les hôpitaux universitaires ont des budgets dits historiques, ils font des déficits, sauf exception, que le MSSS finit par combler, sans régler, de façon récurrente, le problème à sa source. Ces déficits à répétition nuisent à la crédibilité des hôpitaux universitaires, puisqu'il est quasi impossible de discerner ce qui est d'ordre structurel - et lié à la dimension universitaire - de ce qu'une meilleure gestion pourrait résorber.

En matière de rémunération médicale, le mode mixte offre certaines possibilités pour mieux rémunérer les fonctions d'enseignement, de recherche et d'évaluation. Par contre, on est encore très loin des plans de pratique (*practice plans*) de certains hôpitaux universitaires canadiens et américains. Ces CHU hors Québec ont des objectifs d'enseignement et de recherche clairement établis conjointement par la Faculté de médecine et l'hôpital, avec des incitations financières à la productivité académique et des mécanismes d'évaluation continue. Dans ces CHU, le chef de département clinique est généralement aussi le chef de département universitaire et il négocie avec les médecins de son département la répartition des tâches et la rémunération.

Dans certaines spécialités des hôpitaux universitaires, la situation des effectifs médicaux est précaire, ce qui menace des programmes cliniques, d'enseignement et de recherche.

Devant cette situation, il nous semble qu'une réflexion sur l'avenir des hôpitaux universitaires doit non seulement tenir compte des collaborations possibles entre hôpitaux mais aussi entre facultés de médecine et universités. Avec ses 7 millions d'habitants, le Québec ne peut supporter indéfiniment cette situation où les facultés de médecine et les hôpitaux universitaires, tous en situation précaire, se font concurrence pour les mêmes rares ressources. Le risque de balkanisation est très grand si l'on continue à éparpiller ces ressources, essentielles au développement de l'enseignement et de la recherche.

Sur le plan de la gestion, on constate une triple imputabilité, mal définie en plus. Les hôpitaux à vocation universitaire sont imputables à la régie régionale pour les services qu'ils offrent à la population de leur région. La régie régionale n'a aucun mandat pour les activités dites universitaires et l'imputabilité n'est pas claire quant aux services suprarégionaux que ces hôpitaux offrent. Quant aux activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies, et aussi quant à certaines surspécialités dites nationales, les hôpitaux à vocation universitaire sont imputables au ministère de la Santé et des Services sociaux. Mais le ministère de l'Éducation (MÉQ) et les Universités ont un rôle capital à jouer en enseignement et en recherche. Pour ce qui est du développement de la recherche en santé, le ministère de la Recherche, de la Science et des Technologies (MRST) et son Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) s'ajoutent aux grands acteurs qui influent sur le développement de ces hôpitaux. Deux hypothèses ont été soumises à la Commission : que les CHU relèvent directement du MSSS ou qu'ils restent rattachés aux régies régionales. La Commission pense que, dans un contexte d'intégration des services entre la 1re, la 2e et la 3e lignes, il serait inapproprié que les CHU relèvent entièrement du MSSS. Par ailleurs, il nous paraît essentiel que ce soit le MSSS, avec ses partenaires, qui fixe les orientations, les priorités et le financement (fonctionnement, immobilisations et équipements) des services spécialisés dits nationaux et de la mission universitaire d'enseignement, de recherche et d'évaluation.

Enfin, la recherche en santé est à l'aube de percées majeures, tant sur le plan de la recherche fondamentale, clinique et épidémiologique que de l'évaluation des technologies, des pratiques de soins et de l'organisation des soins. La recherche est cruciale pour développer de nouvelles connaissances et les appliquer aux champs cliniques et organisationnels. Le FRSQ et les nouveaux instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) annoncent des investissements très substantiels. Ils favorisent la création de recherches multicentriques, pancanadiennes et internationales, sur des thèmes précis avec des

équipes interdisciplinaires. Il s'ensuit que les centres de recherche des hôpitaux universitaires devront être mieux organisés, plus ciblés et qu'ils devront s'organiser en réseaux interhospitaliers et interuniversitaires. De plus, cet accent sur le développement accéléré de la recherche pose, de façon aiguë, les questions liées aux dimensions éthiques de la recherche, aux droits de propriété intellectuelle sur les découvertes, à leur application, à leur commercialisation et à leur rôle dans le développement économique du Québec ainsi qu'aux liens avec les industries de la santé.

La Commission juge qu'il y a urgence d'agir pour clarifier la mission universitaire des hôpitaux, stabiliser leur développement et leur financement. Il faut un projet mobilisateur, sur un horizon de 10 ans, afin de redonner de l'espoir et de la fierté au personnel clinicien, enseignant et chercheur. Il faut se doter très vite d'une vision moderne d'un réseau d'hôpitaux universitaires, en s'inspirant de ce qui se fait dans le reste du Canada, aux États-Unis et en Europe. Ce n'est qu'à ce prix que le Québec peut espérer figurer dans le peloton de tête, sur le plan de l'enseignement, de la recherche et de l'évaluation des technologies.

Compte tenu de la présence d'enjeux majeurs impliquant différents ministères, un tel projet mobilisateur doit être porté au plus haut niveau.

P-28 Pour se donner une vision moderne d'un réseau d'hôpitaux universitaires, nous proposons :

- **La création d'un comité interministériel regroupant les ministres de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation et de la Recherche, des Sciences et de la Technologie et relevant du Conseil exécutif;**
- **Que ce comité s'adjoigne des experts du Québec et d'ailleurs dans le monde;**
- **Qu'il ait le mandat de proposer, en 6 mois, une vision moderne, établie sur un horizon de 10 ans, de l'organisation d'un réseau universitaire (clinique, enseignement, recherche et évaluation) dans le domaine de la santé et de recommander les moyens de la réaliser.**

Voici certains éléments qui pourraient faire l'objet d'une réflexion.

- Réévaluer les notions de CHU, CHA et institut universitaire et en clarifier le rôle, le cas échéant, dans une perspective de complémentarité et de rareté des ressources;

- Proposer la locali ocalisation des surspécialités, des centres et instituts de recherche et des programmes imes d'enseignement, en tenant compte de la nécessité de concentrer les activités de « de « recherche et développement » en fonction de la masse critique qu'exige ce type type de ressources;
- Définir la contrib ntribution des activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des hôpitaux uni universitaires au développement économique et social du Québec;
- En tenant compt mpte des recommandations du Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation ation des établissements, présidé par M. Denis Bédard, fixer le niveau et les modalités ités de financement et de budgétisation des activités d'enseignement, de recherche, d'é , d'évaluation des technologies et de services dits suprarégionaux, de même que l'i le l'impact global de ces activités sur le reste du fonctionnement de l'établissemer ement;
- Définir les respor sponsabilités, les mécanismes et les modalités d'imputabilité des hôpitaux universi versitaires en relation avec leur mission de soins locaux et régionaux, de soins suprarég rarégionaux, d'enseignement, de recherche et d'évaluation;
- Évaluer la contrib ntribution des autres types d'établissements et des réseaux intégrés (ex. : *Groupes de s de médecine de famille*-CLSC, réseaux pour personnes âgées, personnes attein tteintes de maladies complexes) à la mission universitaire d'enseignement, ent, de recherche et d'évaluation.

2.3.9 PLUS D'IM INFI US DE RESPONSABILITÉS ET IMPUTABILITÉ AUX MÉDECINS ET AUX FIRMIÈRES

R-8 Nous reco ecommandons :

Que les m s médecins et les infirmières participent plus activement à l'organisat nisation de la prestation des soins et à leur gestion, plus spécifique quement au sein de l'hôpital.

À l'appui de cette tte recommandation , 4 propositions.

Le médecin n'est pas est pas un employé de l'hôpital au sens du Code du travail. Mais son activité est à la bas base même de ce qu'est l'hôpital. La mission essentielle du médecin est de traiter les mal malades et, dans les faits, ses décisions de nature diagnostique et

thérapeutique pour les patients donnent lieu à une grande partie des activités de l'hôpital. Le médecin se sent peu impliqué dans les activités de gestion des soins ce qui représente pourtant le « cœur » même des activités hospitalières. Il a l'impression d'être en dehors du « réseau ». Les gestionnaires hospitaliers le constatent aussi. Cet écart entre la fonction « production de soins médicaux » et la fonction « gestion de cette production » est problématique, surtout face aux défis que nous aurons à relever.

L'infirmière, bien qu'employée de l'hôpital, se sent limitée, elle aussi, dans son implication professionnelle. Une part notable des gestes qu'elle pose pourrait être faite par d'autres types de personnel, de formation moindre, à qualité comparable et à coût moindre. Par ailleurs, elle souhaiterait un élargissement de son rôle et de sa pratique afin d'avoir plus de responsabilités cliniques et de flexibilité dans la redéfinition des processus de soins. Elle juge qu'elle peut avoir un rôle beaucoup plus pertinent et utile dans la prestation de soins complexes, en 1re ligne comme en soins tertiaires.

L'hôpital de demain sera un lieu de services spécialisés de plus en plus complexes, faisant appel à du travail interdisciplinaire, à des pratiques de soins différenciées, à des liens avec des équipes de 1re ligne et des équipes surspécialisées, à des développements technologiques et pharmacologiques continus, à des équipements sophistiqués, à un mode de budgétisation modifié, à une évaluation accrue des résultats. Un tel environnement complexe, en évolution constante, exige que les médecins et les infirmières en soient partie prenante, y participent activement, acceptent de revoir la contribution spécifique de chacune de leur profession et soient rémunérés en conséquence.

Nous proposons 4 mesures pour accroître la participation des médecins et des infirmières :

- Un engagement mutuel du médecin et de l'hôpital par un contrat de services;
- Un mode de rémunération du médecin adapté aux diverses tâches qu'il doit effectuer;
- Un rôle accru et une rémunération adéquate du chef de département clinique;
- L'enrichissement du rôle des infirmières, la formation accrue et l'intégration graduelle d'infirmières praticiennes (*nurse practitioners*).

2.3.9.1 UN CONTRAT DE SERVICES ENTRE LE MÉDECIN ET L'HÔPITAL

P-29 Nous proposons :

Qu'un contrat soit signé entre le médecin et son chef de département ou service clinique, formalisant ainsi la nomination du médecin à l'hôpital par le conseil d'administration.

Ce contrat devrait préciser, entre autres :

- le statut et les privilèges accordés au médecin;
- les responsabilités et les tâches cliniques locales et, s'il y a lieu, régionales;
- les responsabilités et les tâches d'enseignement et de recherche, s'il y a lieu;
- les responsabilités et les tâches de gestion clinique, par exemple, la coordination de programmes spécifiques, le développement de protocoles, la participation à des comités médico-hospitaliers;
- les modes de rémunération de ces diverses activités, y compris l'enseignement et la recherche;
- les résultats attendus et les modalités d'évaluation de ces résultats;
- les engagements de l'hôpital, par exemple, les outils de travail, les services de soutien en secrétariat, le soutien technologique, l'accès à l'information.

Ce contrat tiendrait compte des responsabilités respectives du directeur des services professionnels (DSP) et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) au sein de l'établissement.

2.3.9.2 UN MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

P-30 Nous proposons :

Que les médecins spécialistes soient rémunérés selon le mode de rémunération mixte, en fonction des tâches qu'ils doivent faire, telles que définies avec leur chef de service ou département clinique.

Les médecins spécialistes ont des activités très diversifiées, c'est-à-dire : ils dispensent des soins spécialisés ou surspécialisés, souvent au sein d'une équipe interdisciplinaire, puis renvoient les patients au médecin de 1re ou 2e ligne. Ils agissent comme consultants auprès des médecins de 1re ou 2e ligne et ils apportent un soutien professionnel au réseau de services de 1re ligne : discussion de cas, protocoles de soins, formation continue. Ils collaborent à la formation d'étudiants et de résidents. Ils collaborent aussi à la recherche et participent à des projets d'évaluation. Enfin, ils agissent comme gestionnaires de programmes spécifiques, ils participent à des activités médico-administratives, et ils évaluent leur pratique. Toutes ces activités, nécessaires au bon fonctionnement de nos services médico-hospitaliers, doivent être rémunérées.

Le concept de rémunération mixte (taux horaire, forfait, acte, salaire) existe déjà. Il doit être développé. L'articulation de ces modalités de rémunération doit se faire en relation avec les activités médicales requises au sein des départements et services cliniques des hôpitaux et au sein des cabinets affiliés. C'est au chef de département ou de service que doit revenir la responsabilité de négocier, avec chaque médecin de son département ou service, la répartition des activités et leur forme de rémunération, en tenant compte de l'ensemble des activités médicales requises. La rémunération des médecins de cabinets affiliés devrait être valorisée par rapport à celle des médecins de cabinets non affiliés. Cette façon de rémunérer les médecins spécialistes devrait leur permettre de se concentrer sur les activités liées à leur spécialité et d'être graduellement dégagés des activités de 1re ligne.

2.3.9.3 UN RÔLE ACCRU ET UNE RÉMUNÉRATION ADÉQUATE POUR LE CHEF DE DÉPARTEMENT CLINIQUE

P-31 Pour améliorer la gestion médico-administrative de l'hôpital, nous proposons :

De confier un rôle accru et un mandat clair et rémunéré adéquatement au chef de département clinique.

Dans l'hôpital d'aujourd'hui et de demain, le chef de département clinique doit avoir un rôle déterminant sur le plan de la gestion clinique et administrative de l'hôpital. En collaboration avec les chefs de services et les médecins de son département, le chef de département clinique doit définir et répartir globalement entre les membres, 3 types d'activités :

- les activités cliniques requises dans son département (incluant les activités des cabinets affiliés, les activités régionales, les activités de soutien à la 1re ligne);
- les activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation, s'il y a lieu;
- les activités de gestion clinique et médico-administratives.

Il doit assumer la responsabilité clinique et financière des activités médicales de son département. Il doit être rémunéré, de façon concurrentielle, pour exercer ses fonctions de gestion. L'hôpital doit lui fournir les ressources humaines, financières et techniques pour exercer son mandat.

Dans un tel contexte, le chef de département est imputable, sur le plan de l'organisation et de la gestion de son département, à la direction générale par le biais du directeur des services professionnels. Il fait partie de l'équipe de direction de l'hôpital. Il signe un contrat avec la direction de l'hôpital qui précise les obligations et les modalités de rémunération. Cette proposition pourrait aussi s'appliquer à certains chefs de service clinique. Dans le cas où un médecin assume le rôle de directeur de programme de soins, cette responsabilité de gestion doit aussi être définie et rémunérée.

Enfin, sur le plan de la gestion plus globale des soins, il est essentiel que les chefs de département et services cliniques travaillent en partenariat étroit avec les infirmières-chefs de même qu'avec les autres professionnels et tout le personnel de son secteur d'activités.

2.3.9.4 L'ENRICHISSEMENT DU RÔLE DE L'INFIRMIÈRE, LA FORMATION ACCRUE ET L'INTÉGRATION D'INFIRMIÈRES PRATICIENNES

P-32 Pour améliorer la flexibilité dans l'organisation des soins, nous proposons :

- **L'enrichissement du rôle de l'infirmière pratiquant à l'hôpital et ailleurs dans le réseau;**
- **La formation et l'intégration graduelle d'infirmières praticiennes (*nurse practitioners*), au moyen de projets d'implantation.**

Nous avons dit précédemment que certaines tâches actuelles des infirmières pourraient être données à des infirmières auxiliaires, des préposés aux malades ou du personnel de soutien, à qualité comparable et à coût inférieur. La Commission juge que la répartition des rôles et des tâches dans le domaine des soins infirmiers devrait être réévaluée dans une vision d'ensemble.

Une telle répartition permettrait à l'infirmière de se concentrer sur des activités en rapport avec sa formation, son expertise et son expérience. Elle pourrait assurer un suivi systématique de la clientèle à l'hôpital, dans les CLSC, les *Groupes de médecine de famille* et les réseaux de soins intégrés. C'est souvent elle la mieux formée et la plus expérimentée pour coordonner le suivi dans une approche interdisciplinaire.

Elle devrait aussi prendre une plus grande part à l'éducation à la santé dans les centres de la petite enfance, les écoles, les CLSC, les *Groupes de médecine de famille* et à Info-Santé. Ce rôle élargi, elle pourrait le jouer à l'hôpital ou dans un centre ambulatoire, en préparant le patient à prendre sa maladie en charge. Les infirmières cliniciennes qui ont une expertise dans certains domaines plus spécialisés, dans les hôpitaux régionaux ou les hôpitaux spécialisés, pourraient, par le biais des ententes de services, soutenir les infirmières de soins à domicile du CLSC ou encore les infirmières d'hôpitaux moins spécialisés.

Quant à l'infirmière praticienne (nurse practitioner), cette fonction existe aux États-Unis depuis de nombreuses années. Ces infirmières, qui exercent dans tous les États, sont soumises au Nurse Practice Act de chaque État. Cette fonction se caractérise par une formation d'études plus avancée et une formation clinique dans un domaine spécialisé (ex. : oncologie, urgence, soins de 1re ligne, psychiatrie, néonatalogie, gériatrie). En plus du travail habituel de l'infirmière, l'infirmière praticienne peut, selon la législation de son État, recueillir l'histoire médicale, faire un examen physique et certains diagnostics et traitements pour des situations précises, ainsi que prescrire certains tests et certains médicaments.

Au Canada, la réglementation permettant aux infirmières de poser des actes de pratique avancée dans des circonstances précises existe en Ontario et en Alberta, mais pas au Québec. Il y a quelques mois, la ministre de la Justice, responsable de l'application du Code des professions, lançait un processus de consultation sur les modifications à apporter pour adapter les lois et règlements actuels à l'évolution des pratiques

professionnelles et de l'organisation des soins[24]. Le Collège des médecins du Québec a manifesté son ouverture à réexaminer le système professionnel :

« ... le Collège croit que certains soins peuvent être donnés par des professionnels de la santé autres que les médecins, pour des motifs de disponibilité, d'efficacité ou d'efficience, dégageant ainsi le médecin pour d'autres activités prioritaires où il ne peut être remplacé.

Toutefois, pour favoriser l'adaptation du système professionnel de protection du public aux réalités actuelles et futures, et pour favoriser la complémentarité des professionnels et leur cohésion, un réexamen du système professionnel dans le domaine de la santé doit être amorcé »[25].

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec réclame, lui aussi, cette modernisation. Sur le terrain, les médecins et les infirmières mettent sur pied, ou s'apprêtent à le faire, des projets d'élargissement du rôle de l'infirmière : néonatalogie, assistance chirurgicale, néphrologie, cliniques sans rendez-vous.

L'infirmière praticienne pourra jouer un rôle important dans l'organisation des services de 1re ligne en CLSC et dans les *Groupes de médecine de famille*. Elle travaillera alors en partenariat avec les médecins de famille, dans une perspective de complémentarité. Dans ce contexte, elle pourra prendre en charge des clientèles qui présentent des problèmes de santé courants. Elle effectuera des activités de prévention et de promotion de la santé, des activités cliniques de dépistage, certains diagnostics et traitements en accord avec le groupe de médecins, des activités de suivi systématique de la clientèle, y compris des activités de liaison avec le CLSC et les services de 2e ligne.

La Commission propose donc d'adapter rapidement la réglementation entourant les professions de la santé pour permettre l'encadrement légal et professionnel adéquat d'une pratique infirmière avancée dans certains secteurs spécialisés. Parallèlement, des projets de démonstration dans certains secteurs spécifiques pourraient être implantés, à partir des besoins exprimés sur le terrain, en collaboration avec les ordres professionnels concernés et avec le soutien du Ministère.

24 *La mise à jour du système professionnel québécois*, Plan d'action présenté par Mme Linda Goupil, ministre responsable de l'application des lois professionnelles, Février 2000

25 Collège des médecins du Québec (2000), *Organisation des services médicaux*, p.8.

2.3.10 DES MESURES POUR FACILITER UNE RÉPARTITION PLUS ADÉQUATE DES MÉDECINS

R-9 Nous recommandons :

- Que le MSSS réaffirme l'importance du médecin comme partenaire essentiel dans la prestation et l'organisation des services de santé;
- Qu'il s'assure que soit mis sur pied une organisation de services facilitant le recrutement et la rétention des médecins, incluant les propositions du présent rapport;
- Qu'il établisse rapidement un consensus sur l'état de situation des effectifs médicaux au Québec et développe une planification continue et intégrée des effectifs, omnipraticiens et spécialistes, favorisant une gestion de risques plutôt qu'une gestion de crises;
- Qu'il apporte les modifications à la loi permettant de mieux assurer le lien entre la responsabilité et l'imputabilité du médecin face aux services qu'il offre à la population;
- Que les régies régionales aient légalement le pouvoir de convenir d'ententes conjointes avec le MSSS et les fédérations médicales, et disposent d'une enveloppe budgétaire spécifique, hors ententes de rémunération, pour aider à solutionner les problèmes de recrutement, de rétention et d'affectation des effectifs médicaux;
- Que le MSSS et les régies régionales, d'ici un an et annuellement par la suite, présentent un rapport sur les résultats des mesures de répartition proposées.

À coup sûr, il existe des problèmes d'accès aux services médicaux. Dans les services de 1re ligne ces problèmes se posent autant en milieu urbain qu'en région, bien que de façon différente. Un citoyen qui cherche un médecin de famille, à Montréal ou à Ville-Marie, aura beaucoup de difficulté à en trouver un. Ces problèmes d'accès se posent aussi dans les services spécialisés et surspécialisés, soit qu'ils soient géographiquement trop éloignés ou que le temps d'attente soit trop long. Les listes d'attente sont souvent longues, et certaines clientèles plus vulnérables ont de la difficulté à avoir accès aux services médicaux requis, que l'on pense aux personnes âgées en perte d'autonomie ou à celles ayant de graves problèmes de maladie mentale.

Cette situation s'exprime parfois de façon aiguë et sous forme de crise : engorgement de l'urgence, fermeture d'une urgence, d'un programme spécialisé, menace de démission, démissions, listes d'attentes longues, transfert des malades des régions vers les centres urbains ou, dans certains cas, vers les États-Unis.

Des critiques fusent envers les médecins, la ministre, le gouvernement, les régies régionales, les gestionnaires. En région, les gens se mobilisent et, estimant que les mesures d'incitation sont un échec, réclament la régionalisation de l'enveloppe de la RAMQ et une loi « avec des dents » pour forcer les médecins à pratiquer en région. On sent de la colère tout autant que de l'insécurité face à la pénurie médicale. On exige des résultats rapides et on demande au gouvernement de mettre en place des mesures coercitives pour que les médecins exercent leur profession là où les besoins de la population le requièrent.

La Commission a entendu plusieurs points de vue quant au nombre de médecins, à leur accessibilité et à leur répartition, surtout en région. Y a-t-il trop, assez ou pas assez de médecins au Québec? Ou n'est-ce qu'une question de répartition ou d'organisation? De multiples éléments viennent nuancer toute réponse. Il y a bien sûr le nombre absolu de médecins omnipraticiens et spécialistes à considérer, mais il y a également l'âge, la répartition sectorielle, le style de pratique induit par le mode de rémunération et le genre de vie professionnelle souhaitée par les médecins. Enfin, on doit prendre en compte la féminisation de la profession, l'évolution des profils de consommation de services de même que les formations, les besoins, le partage des champs de pratique et bien d'autres considérations. La Commission n'a pas eu le temps de pondérer tous ces éléments.

Il demeure que nous avons constaté une réelle pénurie de médecins dans certaines régions, dans certains types d'établissements, par exemple les CHSLD, dans certaines spécialités et dans certaines activités ou programmes. Dans plusieurs régions, des médecins quittent, d'autres menacent de le faire. Les recruter est difficile, mais les retenir l'est tout autant. La médecine de dépannage devient la norme dans certains milieux. La pénurie se fait sentir dans des régions périphériques et éloignées mais, pour certaines spécialités, c'est aussi le cas dans les régions centrales.

Nous avons aussi entendu des groupes de médecins nous dire qu'ils se sentaient impuissants et démobilisés face à cette situation. Ils nous ont parlé d'une demande de services qui croît dans un contexte d'accès difficile aux ressources de consultation, de

diagnostic et de traitement en 2e et 3e lignes. Ils nous ont parlé des difficultés de travailler seul ou en petits groupes, en région, sans le soutien de collègues d'hôpitaux plus spécialisés, dans un contexte où la 1re ligne n'est pas organisée. Ils nous ont manifesté leur inquiétude face au vieillissement de la profession et aux mises à la retraite massives des médecins et des infirmières des dernières années. Ils ont aussi déclaré qu'ils manquent de moyens pour exercer le genre de médecine pour laquelle ils ont été formés et que le mode de rémunération à l'acte ne favorise pas une prise en charge et un suivi systématique de leurs patients. Ils nous ont enfin avoué avoir la perception d'être les « gros méchants » qu'on blâme quand ça va mal, mais qu'on consulte peu au moment de planifier les effectifs ou l'organisation des services. Les médecins, tout autant que les autres professionnels, ont été profondément affectés par les récents changements dans le réseau de la santé. Sur les 10 dernières années, 20 % des demandes d'aide ont eu lieu durant la seule année 1999-2000 et 70 % d'entre elles avaient trait à la détresse psychologique[26].

Face à cette situation, la Commission estime qu'il s'agit d'un problème complexe, qu'il se présente sous différentes formes dans toutes les régions du Québec, et qu'il n'y a pas de solution unique, magique, instantanée. Néanmoins, plusieurs régions ont organisé les services de façon à faciliter le recrutement et la rétention des médecins, par exemple, aux Îles-de-la-Madeleine et à Havre Saint-Pierre. Nous pensons qu'il importe de reconnaître les expériences réussies et de s'appuyer sur celles-ci, mais aussi d'apprendre de nos échecs. Nous préférons une approche positive basée sur l'incitation à une approche coercitive. Nous favorisons des ententes contractuelles qui établissent clairement les responsabilités mutuelles et l'imputabilité plutôt qu'une approche législative ou réglementaire. Nous croyons aussi qu'il faut développer une gestion préventive des risques plutôt qu'une gestion de crises.

La Commission considère que les problèmes ont leur source :

- Dans une organisation de services déficiente;
- Dans l'ignorance de la situation réelle des effectifs;
- Dans une mauvaise planification des effectifs;
- Dans des modes de rémunération qui ne favorisent pas la prise en charge des patients;
- Dans une faible imputabilité du médecin autant sur le plan individuel que collectif quant aux services à assurer à une population.

26 Collège des médecins du Québec.

Nous suggérons une approche à 5 volets :

- Revaloriser le rôle du médecin, un partenaire essentiel du système de santé;
- Mettre en place une organisation de services facilitant une pratique médicale intéressante;
- Revoir les incitations financières à la lumière de l'expérience vécue depuis 10 ans;
- Connaître l'état de situation des effectifs à l'échelle nationale et régionale et planifier de façon continue par la suite;
- Apporter certaines modifications à la loi.

2.3.10.1 REVALORISATION DU RÔLE DU MÉDECIN

Nous proposons que le MSSS et les fédérations médicales mobilisent de manière favorable les membres de la profession en réaffirmant le rôle essentiel du médecin, celui d'un professionnel ayant une relation privilégiée avec ses patients, reposant sur l'autonomie professionnelle, et comme partenaire actif de l'organisation des services de santé. Il faut aussi affirmer la responsabilité du médecin et l'imputabilité de la profession médicale face à la population et insister sur le fait que les médecins doivent faire partie de la solution. La Commission propose d'ailleurs des mesures pour accroître leur participation dans les décisions qui les concernent :

- Participation des médecins au conseil d'administration,
- Rôle accru et rémunéré du chef de département clinique,
- Possibilité de cabinets affiliés à l'hôpital,
- Organisation de la 1re ligne autour de *Groupes de médecine de famille* et de CLSC, comme assise du système de santé.

2.3.10.2 ORGANISATION DE SERVICES FACILITANT UNE PRATIQUE MÉDICALE INTÉRESSANTE

Il faut mettre en place une organisation de services qui rende la pratique médicale stimulante, avec une pratique de groupe, une approche interdisciplinaire, des liens fonctionnels formels avec des collègues médecins de famille ou spécialistes, un accès à de la consultation et à un plateau technique adéquat. Plusieurs de nos recommandations, à notre avis, aideraient à résoudre l'aspect organisationnel de la répartition des médecins :

- Hiérarchisation des services médicaux;
- Hiérarchisation des hôpitaux;
- Corridors de services par le biais des contrats de services;
- Organisation des services de 1re ligne autour des *Groupes de médecine de famille* et des CLSC;
- Collaboration d'infirmières cliniciennes et praticiennes;
- Responsabilité et imputabilité accrues du médecin par des ententes précisant les résultats attendus en fait d'activités médicales;
- Responsabilité du DRMG de la régie régionale dans la mise sur pied de l'organisation de la 1re ligne médicale;
- Responsabilité régionale d'un chef de département clinique d'un hôpital régional;
- Possibilité de cliniques affiliées au département ou service hospitalier.

2.3.10.3 REVOIR LES INCITATIONS FINANCIÈRES

La Commission a consulté plusieurs personnes et groupes sur la faisabilité de régionaliser l'enveloppe budgétaire de la RAMQ et de la lier à la rémunération des médecins. Bien que séduisante sur le plan théorique et souhaitable à long terme, cette hypothèse a semblé très difficile à réaliser. Même plusieurs de ceux qui ont réclamé cette régionalisation ont reconnu qu'elle ne réglerait pas la situation et qu'elle serait fort complexe à administrer. Nous avons donc concentré nos efforts sur les deux propositions suivantes d'incitations financières :

- Modes de rémunération mixte liés aux objectifs visés en fait de répartition des activités médicales, sous la juridiction du DRMG pour les omnipraticiens et celle des chefs de départements cliniques pour les spécialistes;
- Octroi aux régies régionales d'une enveloppe budgétaire spécifique, en dehors des ententes de rémunération, pour aider à solutionner les problèmes de recrutement, de rétention et d'affectation.

2.3.10.4 PLANIFICATION DES EFFECTIFS MÉDICAUX

En premier lieu, il faut avoir un portrait réel de la situation des effectifs médicaux au Québec, intégrant les omnipraticiens et les spécialistes, puis le tenir à jour. Parallèlement, il faut se donner des outils adéquats qui permettent de planifier, de façon continue, les

effectifs médicaux. Nous proposons que :

- Le MSSS travaille activement avec la Table de concertation permanente de planification de l'effectif médical au Québec pour établir rapidement un consensus sur l'état de situation des effectifs médicaux;
- Une planification souple des effectifs tienne compte de nos recommandations en fait d'organisation de la 1re ligne et de la hiérarchisation des services médicaux;
- Les DRMG et les Commissions médicales régionales des régies régionales collaborent avec les fédérations médicales pour planifier leurs effectifs à l'échelle locale et régionale, et en tenant compte de la planification à l'échelle nationale;
- À l'échelle nationale et régionale, il y ait un mécanisme de gestion continue des effectifs qui intègre la gestion des omnipraticiens et des spécialistes et qui favorise une gestion de risques plutôt qu'une gestion de crises;
- Soient définies clairement l'imputabilité des différents acteurs et les principales règles de jeu quant à l'application du plan d'effectifs;
- Le MSSS et les fédérations se donnent un plan de mesures d'urgence pour intervenir quand surgit un problème majeur en quelque endroit que ce soit;

À court terme, certaines mesures ciblées et exceptionnelles permettraient d'augmenter les effectifs médicaux s'il y a réelle pénurie :

- Plus d'ouverture et de flexibilité pour recruter des médecins formés au Canada et aux États-Unis ou ayant déjà un droit de pratique dans d'autres provinces, avec un statut reconnu par le Collège royal des médecins et chirurgiens et le Collège des médecins de famille du Canada;
- Plus d'ouverture et de flexibilité pour recruter des médecins formés dans d'autres pays pour combler des pénuries graves, dans une localité ou dans une spécialité, tout en respectant les critères de qualité et d'excellence établis par le Collège des médecins;
- Augmenter le nombre de places en résidence pour des résidents provenant d'autres provinces ou des États-Unis, en vue de maintenir certains services ou programmes de formation dans certaines spécialités en milieu universitaire.

2.3.10.5 CERTAINES MODIFICATIONS À LA LOI

L'État assureur et payeur doit favoriser la mise en place, en collaboration avec les régies régionales et les établissements, de conditions intéressantes de pratique de la médecine sur tout le territoire du Québec. En retour, il doit s'assurer que les médecins lui soient imputables pour les services qu'ils offrent à la population. La Commission juge que certaines modifications législatives sont nécessaires pour appuyer les plans régionaux d'effectifs médicaux. Par exemple, il faut songer à modifier l'article de la loi permettant la cessation de l'exercice de la médecine. Cet article ne doit pas servir aux médecins dans le cadre de moyens de pression collectifs. De plus, il faut examiner la pertinence de prolonger le délai actuel de 60 jours dont dispose le médecin pour donner son préavis de cessation d'exercice : ceci donnerait le temps nécessaire pour trouver des solutions et éviterait toute rupture de services. La révision législative devrait permettre aux régies régionales d'agir en amont de toute demande de privilèges d'un médecin auprès d'un établissement et de s'assurer que cette demande est admissible à l'étude par un établissement, du fait qu'elle est conforme au plan régional d'effectifs médicaux. Enfin, il faut modifier la loi pour faciliter l'échange de données entre les régies régionales et la RAMQ, afin que celle-ci puisse cesser tout paiement à un médecin qui pratique dans un établissement de façon non conforme au plan des effectifs médicaux et que l'établissement puisse aussi subir une pénalité.

Nous pensons qu'en mettant en place nos recommandations, le Ministère, en collaboration avec les fédérations médicales, le Collège des médecins, les régies régionales et les établissements, pourra trouver une solution équitable à la répartition des médecins et assurer à la population l'accessibilité aux services de santé garantie par la loi. Nous sommes aussi d'avis qu'il nous faut un leadership fort de la part des gestionnaires locaux, régionaux et nationaux ainsi qu'une gestion proactive, permettant de « voir venir » plutôt que d'attendre la crise.

En conclusion, la Commission s'inquiète de l'évolution de la relation entre la population, notamment des régions et le corps médical dans son ensemble. Nous avons senti, tout au cours de nos travaux, un respect et une confiance des individus et des groupes à l'égard de la responsabilité professionnelle et clinique des médecins et la façon dont ils s'en acquittent.

Toutefois, les mêmes individus et groupes étaient souvent très sévères dans leurs commentaires quant à la façon dont le corps médical québécois s'acquitte de sa responsabilité collective de services à la population. Il n'est certainement pas souhaitable

que les tensions ons sociales et politiques entre des professionnels aussi importants et des populations régiorégionales conduisent à des affrontements finalement arbitrés par l'État. Souhaitons que que les leaders des fédérations médicales et des régies régionales s'approprieront rat rapidement les mesures préconisées dans ce rapport avec les mêmes volonté et ouvertverture d'esprit dont ils ont fait preuve au cours de nos travaux.

2.3.11 DESES SYSTÈMES D'INFORMATION CLINIQUE ET DE E GESTION EFFICACES ET SÉCURISÉS

R-10 Nous re recommandons :

Que soisoient implantés des systèmes d'information clinique et de gestion efficacesces et sécurisés.

À l'heure actuelluelle, on peut affirmer que le secteur de la santé et des services sociaux est devenu tributairaire de la capacité des divers intervenants à avoir accès à des informations et des connaissarssances et à se les échanger. Sur le plan clinique, le médecin, comme l'infirmière et le travailvailleur social, a besoin de recueillir des informations du patient sur son état de santé et sa co condition sociale. La demande de soins et de services se complexifie, les maladies sont de de plus en plus chroniques. Les épisodes de soins et leur suivi requièrent la participation on de multiples intervenants, tout cela dans des lieux différents et parfois éloignés les uns ins des autres.

Or, la très grande majorité des participants aux audiences de la Commission ont déploré la faiblesse de de nos systèmes d'information clinique. Il s'ensuit qu'il est très difficile d'obtenir des données populationnelles fiables sur le plan sociosanitaire. Tous ont insisté sur la nécessité ité de se doter de systèmes d'information clinique efficaces et sécurisés : c'est l'une des s conditions pour que le réseau de services soit vraiment intégré et pour mettre en place ce une approche populationnelle.

Sur le plan de de la gestion, le réseau dispose de données financières et médico-administratives. s. Cependant, celles-ci sont incomplètes, elles ne sont pas interreliées et elles reflètent mal la la nouvelle réalité ambulatoire des soins. On ne peut donc pas faire de relations utiles en entre les données cliniques, opérationnelles et financières des établissements et des organismemes du réseau. Il est donc à peu près impossible de connaître les coûts réels des épisodes de de soins en hôpital ou des coûts-bénéfices des programmes en CLSC.

Aujourd'hui, des percées majeures se font en informatisation et en télécommunication et tous les secteurs de l'activité économique en bénéficient largement. En dépit des efforts des dernières années, le secteur de la santé est très en retard. Mise à part la création du réseau de télécommunications sociosanitaires (RTSS), des expériences de télémédecine et du développement de certaines applications. on a fait peu de progrès dans le cœur des opérations médico-hospitalières. Près de 50 % des établissements n'ont toujours pas de systèmes d'information clinique en laboratoire, en radiologie, en pharmacie ni en soins infirmiers. Les cabinets de médecins ne sont pas reliés au RTSS et le dossier médical informatisé partagé est dans les faits inexistant. Or, avec le virage ambulatoire, le patient se déplace, mais l'information ne le suit pas.

La Commission est consciente des coûts élevés qu'impose un tel rattrapage, nous en traiterons au chapitre 4. Elle est aussi consciente de la haute importance de la confidentialité des données, du consentement du patient et de la sécurité des échanges. Elle juge cependant qu'une entreprise dont les dépenses annuelles atteignent plus de 16 milliards de dollars n'a pas le choix. Elle doit investir pour fournir :

- De l'information aux citoyens pour qu'ils prennent mieux en charge leur santé et fassent de meilleurs choix;
- Des outils d'aide à la décision clinique à ses professionnels;
- Des outils d'aide à la décision de gestion à ses gestionnaires;
- Des outils d'analyse et d'évaluation à ses analystes et chercheurs.

Et elle doit le faire dans le respect du consentement du patient, de la confidentialité des données personnalisées et de la sécurité des échanges d'information dans le réseau.

Bref, il n'y aura pas de réelle intégration des services sans systèmes fiables et partageables d'information clinique et de gestion.

ANNEXE 1

LEXIQUE

Pour faciliter la compréhension de ce chapitre, nous vous suggérons quelques définitions de termes usuels.

Service « médicalement requis »

Un service « requis au point de vue médical » est un service qui est relié à la prévention de la maladie, au diagnostic ou au traitement de la maladie, des blessures et des traumatismes ainsi que des incapacités qui en résultent; qui répond aux normes médicales; qui est dispensé, soit sur une base individuelle, soit sur une base populationnelle, dans le cadre de la santé publique.

La hiérarchisation des services

La hiérarchisation des services peut se définir de trois façons différentes. 1) Lorsqu'on fait référence aux 1re, 2e et 3e lignes, cela renvoie à l'organisation du système de santé et de services sociaux et au cheminement du patient. 2) Les soins primaires, secondaires et tertiaires représentent le niveau de soins requis par les usagers. 3) Enfin, les soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés s'appliquent davantage au niveau de soins offerts par les professionnels.

Les services de 1re ligne

Porte d'entrée du système de santé, les services de 1re ligne sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux.

Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical, de la population.

Les services de 2e ligne

Les services de 2e ligne, tant sociaux que médicaux, permettent de résoudre les problèmes complexes. Ils comprennent des services d'assistance, de soutien, d'hébergement et un ensemble de services spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et, pour les

services médicaux, une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.

Les services de 3e ligne

Niveau de la médecine ultraspécialisée, les services de 3e ligne s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est très faible (concept de rareté).

Pratique dans un domaine d'expertise

Pratique, dans un domaine spécialisé reconnu, d'une infirmière expérimentée qui détient des connaissances acquises formellement ou informellement et des habiletés techniques et relationnelles propres au secteur clinique.

Pratique avancée

Pratique comportant un haut niveau d'autonomie, d'indépendance et d'imputabilité qui exige, de la part de l'infirmière, la maîtrise d'habiletés et de connaissances théoriques et pratiques de niveau supérieur ainsi que des habiletés et des connaissances de base en recherche clinique. Ceci lui permet de pratiquer aux frontières de l'exercice infirmier et, dans certains cas, d'exercer des activités habituellement réservées aux médecins, notamment au niveau du diagnostic et du traitement.

L'infirmière clinicienne

L'infirmière clinicienne exerce comme experte dans un domaine de pratique clinique. Son leadership s'exprime à travers les composantes majeures de son rôle, à savoir : la dispensation de soins directs ou par modèle de rôle, l'enseignement, la conception et le développement de programmes et de cheminement clinique utile à la coordination de suivi de clientèle, la recherche clinique, la consultation, la référence et la collaboration étroite avec l'équipe interdisciplinaire.

L'infirmière clinicienne détient une formation supérieure en sciences infirmières avec orientation clinique.

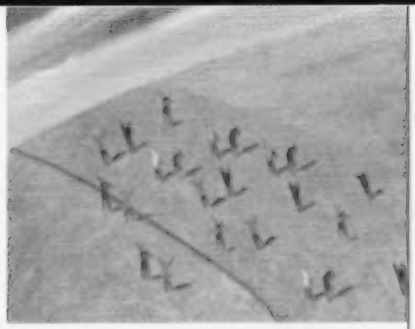
L'infirmière praticienne

L'infirmière praticienne exerce, dans un domaine de pratique clinique, un rôle qui s'apparente à celui de l'infirmière clinicienne mais qui se caractérise par la prise en charge du plan thérapeutique du client, et ce, en étroite collaboration avec le médecin et

l'équipe interdisciplinaire.

Elle possède des connaissances et des habiletés avancées qu'elle applique notamment dans le domaine de l'évaluation clinique, du diagnostic et du traitement des clients présentant différentes conditions de santé.

L'infirmière praticienne détient une formation supérieure en sciences infirmières avec orientation clinique ainsi qu'une formation médicale liée au domaine de pratique.



PARTIE I
3

LES RESSOURCES HUMAINES : DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES, RAVIVER LA FIERTÉ

Les grandes organisations qui connaissent le succès ont une marque de commerce commune : l'importance qu'elles accordent aux personnes qui sont à leur service. Aucune entreprise ne peut accéder à la réussite uniquement avec son capital et sa technologie. Il y a toujours des gens qui développent des projets dans le sillage de la vision de leur entreprise et qui ont besoin de la contribution des autres pour les réaliser.

Dans cette grande organisation de services destinée à prévenir, guérir et soigner, la première richesse, ce sont ceux qui font en sorte que les valeurs de solidarité et d'équité prennent forme au quotidien, qu'elles deviennent réalité. Une réalité qui s'exprime dans le service, dans l'entraide, dans la compassion et qui repose sur la compétence, l'intelligence, la mobilisation et la générosité.

Chaque intervenant, où qu'il soit et quelle que soit sa fonction, doit pouvoir contribuer à la mission du réseau, savoir que son travail est important et nécessaire. Pour cela, les établissements doivent devenir des milieux stimulants et favoriser l'épanouissement personnel et professionnel de chacun.

3.1 NOS CONSTATS

Les dernières années ont été éprouvantes pour ceux qui œuvrent au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Encore aujourd'hui, la surcharge de travail, l'instabilité des équipes, les pénuries dans certaines catégories de professionnels, notamment les infirmières, s'ajoutent aux rigidités de toutes sortes pour entretenir un sentiment général d'insatisfaction, d'épuisement et de morosité qui règne trop souvent dans les établissements.

Un diagnostic grave

L'analyse de l'absentéisme est fort révélatrice de l'état de santé organisationnelle. Selon les dernières données disponibles, la détresse psychologique est en effet passée en tête des causes d'absentéisme chez le personnel et les coûts de l'assurance-salaire ont augmenté de 25 % de 1993 à 1999[27], surtout en raison de la hausse des problèmes de santé mentale liés à l'épuisement professionnel et à la dépression. Outre la souffrance

27 MSSS, Analyse des rapports annuels des établissements (annexe AS-471).

des personnes touchées et de leurs proches, cette situation affecte l'ensemble du réseau, accentuant le manque de main-d'œuvre dans certaines disciplines et occasionnant d'énormes coûts, que l'on évalue à 350 millions de dollars pour la seule année 1999-2000 en assurance-salaire et en dépenses pour la CSST[28].

Le moral du personnel ne semble pas meilleur que sa santé. Ainsi, un récent sondage révèle que 40 % des personnes interrogées ont le sentiment que l'ambiance de travail continue à se détériorer dans leur milieu et 45 % estiment que les employés du réseau n'ont pas une image positive de leur travail[29].

Les médecins ne paraissent pas plus heureux. Ils se plaignent des tracasseries administratives et déplorent les conditions générales dans lesquelles ils doivent exercer : installations et équipements inadéquats ou insuffisants, manque de soutien administratif et clinique, rigidité dans l'organisation du travail. Tout comme les employés du réseau, ils déplorent le peu d'emprise qu'ils ont sur leur travail.

À ces malaises s'ajoute l'impact encore très réel des nombreux départs à la retraite qui ont marqué les dernières années. De l'avis général, ces départs massifs ont profondément fragilisé l'expertise du réseau aussi bien que les équipes de travail, souvent dans des secteurs où il faut des années pour consolider des compétences collectives. Ils ont en outre contribué à alimenter les problèmes de recrutement et de pénurie de main-d'œuvre qui se manifestent avec une acuité croissante.

Ces pénuries touchent les infirmières aussi bien que les technologues en radio-oncologie et le personnel de génie biomédical. Si cette tendance se maintient, ces pénuries vont s'accentuer et atteindre de nouvelles catégories de personnel, notamment en réadaptation et dans certains domaines de pointe, et ce, au moment même où la charge de travail devient une cause notable de détresse psychologique.

La faible capacité d'attraction du réseau touche aussi le personnel d'encadrement. La question est d'autant plus grave que 50 % des cadres atteindront l'âge de la retraite d'ici 5 ans et que, selon plusieurs sources, le taux d'encadrement au premier niveau est souvent en deçà du seuil nécessaire pour assurer une gestion motivante. Le peu de marge de manœuvre combiné à une rémunération de moins en moins compétitive

28 Idem.
29 MSSS, *Étude sur la fierté des employés d'appartenir au réseau de la santé et des services sociaux*, juillet 2000.

explique tant la difficulté de recruter et de retenir des cadres bien formés, que celle de maintenir la motivation de ceux qui sont à l'emploi du réseau depuis plusieurs années. Chose certaine, les efforts du secteur de la santé et des services sociaux en matière de recrutement et de rétention de personnel, cadres ou professionnels, doivent maintenant rivaliser avec ceux d'autres secteurs plus concurrentiels.

De fait, il est frappant de constater que notre système de santé, dont la force repose essentiellement sur les compétences et le dévouement des personnes qui y travaillent, n'a jamais réussi à vraiment reconnaître l'importance stratégique de ses ressources humaines. Dans la plupart des autres secteurs des services aux personnes, cette reconnaissance est entrée dans les mœurs depuis longtemps. Les entreprises où le savoir est crucial, et où la qualité de la relation avec la clientèle est reconnue comme vitale, rivalisent d'imagination pour attirer les meilleurs candidats et leur fournir un environnement stimulant, tant sur le plan professionnel que personnel.

Comment s'étonner d'un tel constat quand on sait combien les dirigeants d'établissements se trouvent, dans les faits, pratiquement dépossédés de pouvoirs de gestion considérés indispensables dans les grandes organisations de service. Dans presque tous les domaines stratégiques de la gestion, les normes et directives dictent quoi faire et comment faire; les conventions collectives, négociées au niveau national, encadrent l'action dans les moindres détails. Un directeur général a-t-il l'ambition de réduire le déficit de son établissement que son personnel, ses médecins, voire même son conseil d'administration, le lui reprocheront : l'établissement voisin qui, de l'avis général, n'a fait aucun effort sérieux de redressement, verra son déficit épongé sans pénalité. Faut-il se surprendre du manque d'initiative et de la tendance à « innover au noir »? Est-il étonnant de constater que bien des directeurs généraux comptent aujourd'hui les années, même les mois, qui les séparent de la retraite? De l'avis de la Commission, la difficulté de combler des postes de direction dans des établissements stratégiques du réseau témoigne avec éloquence de la gravité du problème de la relève.

Cette situation préoccupante s'explique en grande partie par la culture d'affrontement et de centralisation qui caractérise la gestion et les relations patronales-syndicales dans le secteur public depuis les années 70. Comme on le sait, un grand nombre d'établissements est alors passé directement du statut d'institution charitable, géré dans le style paternaliste de l'époque, à un régime centralisé de négociation, sans que ne se développe une réelle culture de négociation locale. Dès le début, le modèle adopté par

les parties a été calqué sur celui des relations de travail en milieu industriel, basé sur les rapports de force. Les notions d'intérêt public et d'intérêt du client, pourtant incontournables dans ce domaine, ont toujours été difficiles à implanter.

Appliquée au secteur de la santé et des services sociaux, l'approche tayloriste a mené à une organisation du travail fondée sur des tâches à accomplir plutôt que sur des responsabilités à assumer. Le travail est ainsi devenu très fortement compartimenté, tant pour le personnel de soutien que pour les professionnels, de sorte que la gestion des ressources humaines se résume aujourd'hui trop souvent à l'application stricte des conventions collectives sous la surveillance toute aussi stricte des syndicats.

Au bout du compte, chacun est ainsi prisonnier du « système » qu'il a largement contribué à créer. Pressés par des exigences de toutes sortes, les gestionnaires se retrouvent sans marge de manœuvre dans un domaine où la plus grande souplesse serait requise alors que les travailleurs, eux-mêmes dépouillés de responsabilité en matière d'organisation locale du travail, en viennent à perdre le sens de leur contribution, le sens de leur travail.

Encore ici, il est frappant de constater à quel point les façons de faire dans le réseau tiennent peu compte des grands principes de gestion. On sait en effet depuis longtemps que la tâche de professionnels chargés d'intervenir dans des situations complexes ne peut être définie et décrite dans le détail. La diversité et la complexité des situations que ces personnes rencontrent chaque jour requièrent qu'on leur reconnaisse une grande autonomie pour que s'actualisent les concepts d'interdisciplinarité et de continuité des services. La coordination des interventions exige de diriger l'action vers les interventions prioritaires et consiste, pour l'essentiel, à faciliter le travail de façon à ce que l'on atteigne les résultats souhaités. À l'évidence, ce n'est pas le cas dans notre réseau.

Ce diagnostic sévère interroge la culture et la dynamique du système de santé et des services sociaux. Il interpelle au premier chef ceux qui ont la capacité d'agir sur cette dynamique et les invite tous à reconnaître l'urgence de revoir tant leur manière de concevoir que leurs façons de faire en matière de gestion des ressources humaines.

Dans plusieurs pays industrialisés, la modernisation du secteur public a exigé d'adopter une nouvelle philosophie de gestion fondée sur la responsabilisation et l'engagement de tous dans un projet motivant. De l'avis de la Commission, le Québec doit s'engager dans cette voie, chercher à créer une nouvelle culture de gestion ainsi que des modèles

d'organisation permettant la mobilisation et la satisfaction de tous, y compris, au premier chef, celle des usagers. Pour y arriver, il faut dès maintenant entreprendre une révision en profondeur de nos modes d'organisation du travail, les rendre plus souples, tant du point de vue des établissements que des travailleurs.

UNE VISION : DES PROFESSIONNELS ET DES EMPLOYÉS COMPÉTENTS, MOTIVÉS ET STIMULÉS

Dans la vision que nous proposons pour l'organisation des services, des équipes de professionnels seront responsables d'une population. Ces équipes, supportées par un personnel compétent, travailleront en interdisciplinarité et trouveront, à leur niveau, les solutions adaptées aux besoins spécifiques des personnes dont elles seront responsables. Elles disposeront des leviers et de l'autonomie nécessaires à la mise en œuvre des solutions qu'elles auront choisies. Elles auront la responsabilité de dispenser les meilleurs services et de coordonner leurs efforts avec d'autres équipes et intervenants de façon à en assurer la continuité. Elles auront des objectifs clairs, formulés en termes de résultats à atteindre, évalueront l'impact de leurs interventions en fonction de ces objectifs et chercheront à améliorer leur performance.

Les professionnels et les employés auront reçu une formation de base qui répondra aux exigences du travail en équipe interdisciplinaire et qui leur permettra d'intervenir plus efficacement auprès des clientèles aux prises avec des problèmes complexes. Ils sauront répondre aux attentes des personnes qui souhaitent être informées et participer aux décisions et aux interventions qui les concernent. Ils seront prêts à faire face aux changements et à modifier leur pratique de façon à intégrer les développements technologiques et les nouvelles connaissances. Ils chercheront sans cesse à améliorer leurs pratiques et seront soutenus dans leur démarche par des programmes de formation continue, définis en fonction de leurs besoins et des attentes de leurs gestionnaires.

Tout au long de leur carrière dans le réseau, les membres de ces équipes se verront offrir des occasions de développer leurs compétences, de prendre de nouvelles responsabilités dans leur établissement ou dans leur communauté. Plusieurs participeront à la formation des plus jeunes, qui seront de plus en nombreux à choisir de faire carrière dans les différentes disciplines de la santé et des services sociaux.

Les gestionnaires de premier niveau agiront comme facilitateurs auprès des équipes interdisciplinaires. Ils encourageront les initiatives et favoriseront l'émergence de projets d'amélioration axés sur les besoins de la clientèle. Professionnels et gestionnaires discuteront ouvertement des résultats à atteindre et de la contribution attendue de chacun. Ils travailleront dans un climat de collaboration et évalueront ensemble le résultat des interventions et les besoins d'amélioration.

De leur côté, les directions d'établissements seront de plus en plus interpellées par les vrais défis de la gestion : définir une vision inspirante et la communiquer à tous les membres de l'organisation, assumer un leadership motivant, donner un sens à l'action de tous, s'assurer que l'organisation contribue pleinement à l'atteinte des objectifs régionaux et nationaux. La grande force des équipes de direction s'exprimera d'abord et avant tout à travers leur capacité d'instaurer un climat de confiance et d'insuffler à chacun le désir de réussir. Leurs principaux objectifs seront d'anticiper les changements, de donner la direction, de mobiliser l'énergie de tous autour de projets stimulants et bénéfiques pour la population, pour les partenaires internes, et pour l'ensemble du système de santé et des services sociaux.

Notre réseau sera alors reconnu comme un employeur responsable, qui encourage l'innovation, la participation et le développement continu du potentiel de ceux qui y travaillent. La relève sera assurée par des jeunes bien formés et enthousiastes, convaincus d'y trouver un milieu stimulant et des défis à la hauteur de leurs ambitions. Notre réseau sera l'un des plus performants parce qu'il reconnaîtra que son adaptation et son avenir reposent sur la qualité de ses ressources humaines.

3.2 LES PRINCIPES DIRECTEURS

La Commission considère que les 5 principes directeurs suivants doivent guider la gestion des ressources humaines dans les établissements du réseau.

1) **Un environnement de travail stimulant** dans lequel chaque individu peut trouver quotidiennement des sources de motivation et de satisfaction.

2) **Une gestion axée sur les résultats** où chaque gestionnaire dispose de la latitude appropriée pour organiser le travail avec ses équipes en fonction des résultats attendus.

3) Une organisation du travail moderne, flexible et adaptée, où chaque membre de l'organisation sent qu'il a une emprise sur son travail et où les responsabilités de chacun sont situées au bon niveau, selon le principe de subsidiarité.

4) Une valorisation de la compétence des personnes par laquelle chaque travailleur sait que ses efforts pour se développer et se maintenir à la fine pointe des connaissances seront reconnus et encouragés.

5) Une préoccupation constante pour la formation et la préparation de la relève où chaque organisation planifie de façon stratégique ses besoins de main-d'œuvre et prépare avec attention sa relève.

3.3 NOS RECOMMANDATIONS

3.3.1 AGIR POUR CONTRER LA MOROSITÉ

R-11 Nous recommandons :

> **Que les principaux acteurs du secteur de la santé et des services sociaux, notamment le Conseil du trésor, le MSSS, les syndicats, les associations et les ordres professionnels ainsi que les établissements et leurs d'établissements, reconnaissent l'urgence d'agir pour contrer l'état de morosité et de démobilisation du personnel du réseau.**

La Commission n'est pas la première à donner l'alerte sur la situation des ressources humaines. Il est temps aujourd'hui d'interpeller ceux qui ont la capacité d'agir et de faire converger leurs actions. Chacun doit reconnaître que les stratégies visant la protection d'intérêts particuliers conduisent à l'impasse et minent la santé organisationnelle du réseau.

L'avenir du système de santé et de services sociaux exige l'émergence d'une nouvelle dynamique. Les grands acteurs doivent se concerter et donner, ensemble, l'impulsion nécessaire pour que les médecins, les infirmières et les autres membres du personnel retrouvent, individuellement et collectivement, la satisfaction au travail ainsi que la capacité de s'adapter et de mieux répondre aux besoins de la population.

3.3.2 DÉFINIR UN PROJET DANS CHAQUE ÉTABLISSEMENT

En appui à cette recommandation, 1 proposition :

P-33 Nous proposons :

Que chaque établissement du réseau se donne un projet d'organisation de type projet d'entreprise qui associera les cadres, les professionnels et les autres employés à l'amélioration des services à la clientèle.

Travailler dans le réseau, c'est d'abord et avant tout œuvrer pour le mieux-être des personnes. Peu d'entreprises peuvent prétendre à une mission aussi noble, aussi essentielle. Pourtant, au fil des années et des grands bouleversements, cette mission inspirante a été reléguée à l'arrière-plan.

De l'avis de la Commission, il faut redonner sa place à la mission première du réseau : elle seule peut inspirer le goût du travail et du dépassement à ceux qui ont perdu leur motivation et développé une impression négative de leur emploi. Les projets que nous proposons visent à recentrer les efforts sur les vrais besoins, ceux de la population, et à rehausser la satisfaction des personnes qui sont au cœur de la mission du réseau.

Plusieurs établissements et leurs équipes s'intéressent déjà à l'approche-clientèle; rares sont ceux cependant qui ont réussi à vaincre les résistances systémiques et à en faire le fondement de l'organisation des services dans leur milieu. La gestion ouverte, la formation continue, la décentralisation effective de la prise de décision, le respect des personnes, pourtant essentiels au succès de cette approche, demeurent encore trop souvent des vœux pieux.

La Commission appelle les équipes locales à se réapproprier le contrôle et la bonne marche de l'organisation du travail. C'est au niveau des établissements qu'il faut décider et agir dans ce domaine afin de permettre à chacun de dispenser les meilleurs services et de retirer la plus grande satisfaction au travail.

Les projets permettront à chacun de contribuer à l'amélioration des services, de prendre de l'initiative dans son travail. Dans le cadre que nous proposons, les équipes de travail auront la possibilité d'agir sur leur propre fonctionnement, chacun connaîtra la

contribution attendue de sa part, disposera des moyens lui permettant de se développer et d'améliorer la qualité de sa contribution.

Avant de s'engager dans cette voie, les équipes voudront recevoir l'assurance qu'elles seront écoutées par leurs dirigeants lorsqu'elles réclameront ou suggèreront des mesures pour alléger ou enrichir leur travail et mettre à jour leurs connaissances. Elles devront être soutenues et accompagnées par des supérieurs qui croient en leur démarche, qui disposent des connaissances et des ressources nécessaires pour les aider.

La santé organisationnelle exige de faire davantage confiance aux équipes de travail et de reconnaître qu'elles sont les mieux placées pour définir l'organisation du travail et les moyens les plus susceptibles d'améliorer les services à la population. De l'avis de la Commission, les acteurs, à tous les niveaux, doivent concentrer leurs efforts afin de créer l'environnement qui permettra à ces équipes de se réaliser pleinement.

3.3.3 RECONNAÎTRE ET RENFORCER LE RÔLE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX

R-12 Nous recommandons :

Que le Conseil du trésor, le MSSS et les régies régionales reconnaissent pleinement le rôle stratégique des directeurs généraux dans la gestion de leur établissement de même que dans l'atteinte des objectifs nationaux et régionaux en matière d'organisation des services, de mobilisation du personnel et de performance financière.

En appui à cette recommandation, 3 propositions :

P-34 Nous proposons :

Que soient renforcés la marge de manœuvre et l'imputabilité des directeurs généraux;

P-35 Nous proposons :

- **Que soit révisée leur rémunération en fonction d'une analyse comparative du marché;**
- **Qu'une portion significative de leur rémunération soit liée à l'atteinte des résultats obtenus par leur organisation.**

Le directeur général est la personne clé dans un établissement et doit être reconnu comme tel à tous les paliers du réseau. Tout directeur général doit participer activement à la définition des résultats attendus de son organisation et être imputable de ces résultats. Il lui revient de définir, en collaboration avec son équipe de direction et ses partenaires internes, les moyens à prendre pour y parvenir. Aussi faut-il, rapidement, lui redonner les moyens lui permettant d'organiser les services et instaurer un système de reddition de comptes axé sur les résultats plutôt que sur les moyens.

De l'avis de la Commission, notre réseau doit revoir sa conception de la gestion et de la direction. Pour nous, le premier dirigeant d'une organisation est celui qui en porte la mission, qui en assure l'actualisation. En toute circonstance, il voit à ce que son établissement maintienne le cap vers une destination précise, connue de chaque membre de son organisation. C'est lui qui mobilise les efforts de chacun vers l'atteinte de cet objectif. Reconnaissant la nécessité d'un effort concerté, il est à l'écoute et sensible aux besoins de son personnel et de ses partenaires; il fait confiance et mise sur la compétence des membres de son équipe. Il sait reconnaître le talent et encourager l'initiative. Il apprécie ses collaborateurs et profite de toutes les occasions pour leur témoigner son appréciation et les soutenir dans leur développement. Régulièrement, il fait le point avec ses collaborateurs, permettant ainsi à chacun de s'adapter. Il est reconnu pour son sens de l'équité et son intégrité, apprécié comme personne et comme leader.

Nous croyons que de nombreux directeurs généraux du réseau aspirent à ce modèle et qu'ils sont prêts à investir le temps et les efforts qui leur permettront de s'y conformer. Tant pour eux que pour ceux qui leur succéderont, nous estimons que le MSSS doit redéfinir le profil de compétences du directeur général, soutenir le développement de ceux qui sont en poste et préparer, chez la relève, la capacité d'insuffler une vision, de communiquer et de diriger l'action vers une meilleure réponse aux besoins et attentes de la population.

Nous estimons que le renforcement de la fonction de directeur général passe par une reconnaissance, dans les faits, d'une plus grande capacité d'agir sur les questions relatives

à l'organisation des services et à la gestion des ressources humaines. Les directeurs généraux voudront être assurés de la confiance et du soutien des autorités supérieures; en contrepartie, ils devront orienter leur action vers l'atteinte d'objectifs précis et être imputables des résultats obtenus par leur organisation.

3.3.4 PRÉPARER LA RELÈVE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX

R-13 Nous recommandons :

> **Que le MSSS élabore et mette en œuvre un programme national de préparation de la relève des directeurs généraux.**

La grande majorité des directeurs généraux actuels auront quitté leur fonction d'ici 10 ans. Il faut donc dès maintenant identifier les personnes qui pourront assumer la relève, mettre en place des processus de formation conséquents et soutenir adéquatement les personnes repérées.

Dans cet esprit, la Commission est d'avis que la préparation de la relève exige la mise en place, par le Ministère, d'un programme national présentant les caractéristiques suivantes :

- Il mise sur la collaboration de tous les directeurs généraux d'établissements et de régies régionales pour identifier la relève, à partir d'un profil de compétences connu;
- Il comporte un processus rigoureux d'évaluation du potentiel;
- Il prévoie un plan individuel de développement.

En appui à ce programme, il faut réviser les conditions de travail des cadres afin d'offrir des occasions d'apprentissage, comme des programmes de formation continue, l'accès à des postes d'adjoint, à des postes par intérim ou à des stages de perfectionnement. Dans le même esprit, il faut soutenir financièrement les membre des équipes de travail et les professionnels de façon à favoriser l'acquisition d'expérience et de compétences nouvelles.

3.3.5 PLANIFIER LA MAIN-D'ŒUVRE

Selon plusieurs experts rencontrés, la planification de la main-d'œuvre constitue l'enjeu majeur des prochaines années. Aux problèmes actuels de pénurie s'ajoutera le défi

d'inciter les jeunes à faire carrière dans le secteur de la santé et des services sociaux et de rendre nos milieux attrayants.

Les stratégies de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre ne peuvent donc plus se limiter, comme c'est souvent le cas, à trouver des solutions ponctuelles à des situations de pénurie et encore moins à recourir à des modes d'incitation ayant pour effet « d'habiller Pierre en déshabillant Paul ». À notre avis, les efforts de recrutement et de rétention doivent non seulement viser à renverser les situations de pénurie, mais aussi à prévoir une main-d'œuvre qualifiée, compétente, apte à s'adapter à l'évolution des besoins des clientèles ainsi qu'aux développements technologiques.

Cette préoccupation pour la planification de la main-d'œuvre doit être présente et intense à tous les niveaux de gouverne. Le réseau doit cesser de réagir : il lui faut se doter des moyens nécessaires pour anticiper les changements et s'y préparer adéquatement.

Dans les établissements, la planification de la main-d'œuvre devra faire partie de toute démarche de planification stratégique. Les régies régionales devraient soutenir les établissements dans cette voie et veiller à harmoniser les besoins en main-d'œuvre avec les plans régionaux d'organisation de services. Les régies seront ainsi en mesure de mieux soutenir les stratégies locales de développement et de recrutement. Les établissements d'enseignement pourront être associés à ces stratégies et adapter les programmes de formation selon les besoins locaux et régionaux.

De son côté, le Ministère devra assurer la coordination des efforts et développer une stratégie globale visant à répondre aux besoins de main-d'œuvre pour toutes les catégories de personnel dans l'ensemble du Québec. C'est à lui que reviendra la responsabilité de faire connaître ces besoins aux institutions d'enseignement, notamment les universités, afin de garantir l'arrivée sur le marché de l'emploi d'un nombre suffisant de professionnels formés aux réalités du réseau.

Par ailleurs, il faut aussi prévoir, d'ici quelques années, les roulements de personnel liés aux départs à la retraite de professionnels expérimentés et l'arrivée en nombre important de jeunes professionnels qui les remplaceront. D'une part, il faut éviter que ces départs provoquent une perte d'expertise trop substantielle et subite qui se répercuterait sur la qualité des soins et des services; d'autre part, il faut éviter que la relève n'arrive dans un milieu de travail privé de personnes d'expérience et sans encadrement suffisant. Cette

perte d'expertise n'est souhaitable ni pour la qualité des services, ni pour les jeunes professionnels.

Une véritable culture de la relève faisant une place centrale au transfert d'expertise doit être intégrée au fonctionnement et à l'organisation des services. Sans créer une charge supplémentaire pour ceux qui l'assument, cette culture doit être omniprésente dans le processus de planification de la main-d'œuvre. À cet égard, le mentorat présente de nombreux avantages, dans la mesure où il facilite l'intégration des jeunes dans le réseau tout en valorisant les mentors, qui sont généralement des professionnels en fin de carrière, ce qui permet de transférer des connaissances acquises par les années d'expérience.

R-14 Nous recommandons :

- **Que le MSSS, les régies régionales et les établissements instaurent des processus continus de planification de la main-d'œuvre;**
- **Qu'ils instaurent également un système de monitorage permettant d'assurer la présence d'une main-d'œuvre suffisante et qualifiée répondant aux besoins de l'organisation de services.**

En appui à cette recommandation, 5 propositions :

P-36 Nous proposons :

Que le MSSS développe, de concert avec le MÉQ, les universités et les régies régionales, des processus continus de vigie permettant d'anticiper les qualifications et l'effectif requis pour soutenir l'offre de services dans l'ensemble du Québec;

P-37 Nous proposons :

Que le MSSS, les régies régionales et les établissements se dotent des mécanismes permettant de répondre adéquatement à l'évolution des besoins des différentes cohortes de diplômés, dont des programmes d'accueil, de formation continue, de développement professionnel, de cheminement de carrière et de départ à la retraite;

P-38 Nous proposons :

Que les régies régionales soutiennent activement les démarches des établissements en assurant la coordination des plans locaux et en mettant en œuvre des stratégies régionales de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre, en accord avec les plans d'organisation des services;

P-39 Nous proposons :

Que la planification de la main-d'œuvre soit intégrée à l'exercice de planification stratégique de chaque établissement;

P-40 Nous proposons :

Que des systèmes de « mentorat » soient mis en place dans les établissements pour assurer le transfert d'expertise.

3.3.6 VALORISER LES COMPÉTENCES

R-15 Nous recommandons :

Que soient modifiés les processus de dotation de poste de façon à reconnaître la prépondérance des critères de compétence.

Il ne fait aucun doute que le modèle proposé par la Commission reconnaît l'importance première de la compétence. Pour nous, le directeur général aussi bien que le personnel d'encadrement, les professionnels, les techniciens et tous les autres membres de l'organisation, doivent investir dans le développement de leurs compétences s'ils veulent être en mesure de faire face aux défis de l'avenir.

Est-il possible, dans ce contexte, de faire cohabiter la prépondérance des compétences et l'ancienneté à la base des conventions collectives du secteur? Pour la Commission, ces deux notions ne doivent pas s'opposer, l'une ne pouvant remplacer l'autre. L'expérience

acquise au fil des ans a une valeur inestimable, mais la compétence acquise par la formation académique et continue en a autant. La prédominance actuelle de l'ancienneté est peu compatible avec des programmes de formation continue et n'est plus adaptée au contexte contemporain.

Les règles fondées sur l'ancienneté ont été négociées à une époque où les impératifs technologiques étaient moins importants et alors qu'il était possible de remplacer une personne par une autre assez facilement. À notre avis, une telle conception du travail ne tient plus dans un univers où la force des équipes repose sur la compétence et l'expérience individuelles et collectives. Nous savons aussi que le travail doit être une importante source d'épanouissement et de satisfaction pour les individus; les besoins ont changé et le travail doit offrir aujourd'hui la possibilité de se développer et de se réaliser, surtout dans des domaines où il est possible d'innover. Les établissements du réseau présentent un tel potentiel et il est certain que celui-ci s'accroîtra dans le modèle d'organisation de services que nous proposons. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, nous sommes convaincus que les compétences et les habiletés font toute la différence, tant pour les travailleurs et pour les organisations que pour la population.

Cette approche n'a pas pour objectif de juger les personnes ou d'introduire l'arbitraire dans les processus de dotation de poste. Elle vise plutôt à renforcer l'adéquation entre les compétences constatées et celles recherchées et doit s'accompagner de programmes de formation continue permettant à chacun de développer ses compétences en fonction des besoins, des tâches à accomplir, des responsabilités à assumer. Il s'agit ici d'offrir des occasions de développement et renforcer la satisfaction au travail pour tous.

En appui à cette recommandation, 1 proposition :

P-41 Nous proposons :

Que des programmes de formation continue et de développement professionnel soient implantés dans tous les établissements.

3.3.7 FAVORISER L'INTERDISCIPLINARITÉ

R-16 Nous recommandons :

> **Que le cadre d'exercice des pratiques professionnelles soit révisé et qu'on crée les conditions nécessaires au travail en interdisciplinarité.**

En appui à cette recommandation, 3 propositions :

P-42 Nous proposons :

> **Que les institutions d'enseignement adaptent les programmes de formation destinés aux futurs professionnels de la santé et des services sociaux aux nouvelles réalités du réseau et aux exigences du travail en interdisciplinarité;**

P-43 Nous proposons :

> **Que le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et les relations humaines accorde la plus grande importance au décloisonnement des professions et à l'interdisciplinarité tout en assurant la protection des activités requérant un niveau de compétence unique et complexe;**

P-44 Nous proposons :

> **Que le Groupe de travail multipartite[30] sur l'allégement de la réglementation favorise la simplification des procédures auxquelles sont soumises les ordres professionnels.**

La Commission convie l'ensemble des professionnels à une pratique contemporaine, répondant aux besoins de la population et aux plus hauts standards de qualité. Les personnes et les groupes entendus réclament des services accessibles, intégrés, personnalisés, continus et de qualité. En cas de maladie ou de problèmes psychosociaux,

30 Idem.

ils souhaitent avoir accès à des professionnels compétents, sensibles à leur situation et ayant à leur portée les moyens nécessaires pour intervenir efficacement et rapidement. Ils ont beaucoup de sympathie pour les professionnels de la santé, mais ne veulent plus pallier eux-mêmes le manque de coordination entre les établissements et les intervenants responsables devant procurer les soins et les services dont ils ont besoin. Autrement dit, le travail en équipe interdisciplinaire n'est plus un choix, c'est une nécessité.

Lors des audiences nationales, les regroupements de professionnels ont reconnu l'urgence de ce virage et offert leur collaboration. Chacun a revendiqué l'élargissement de son champ de pratique sans pour autant proposer de le partager. Nous savons tous, pourtant, que les pratiques professionnelles actuelles nuisent à l'intégration des services, favorisent le fonctionnement « en silos » et imposent de grandes contraintes au développement de l'interdisciplinarité.

De l'avis de tous, il faut agir sur plusieurs fronts pour renverser cette situation. Ainsi, nous croyons que tout doit être mis en œuvre, notamment sur le plan législatif, pour faciliter les efforts des ordres professionnels qui s'engagent dans la voie de l'ouverture et de l'innovation. Parallèlement, il faut examiner les pratiques novatrices développées sur le terrain pour faire face à des impératifs de service : la plupart du temps, ces nouvelles pratiques se situent à la marge des conventions, dans des zones grises qu'il convient d'éclairer pour mieux profiter de ces innovations. L'expérience de sociétés comparables à la nôtre devrait également guider notre réflexion et nos choix quant à la possibilité d'élargir certains champs de pratique. Une telle réflexion s'impose surtout dans le cas des infirmières qui sont appelées à jouer un rôle de premier plan dans l'organisation des services proposée par la Commission.

Le développement du travail en équipe interdisciplinaire exige aussi de revoir le curriculum des programmes de formation professionnelle. À ce jour, on constate en effet que la formation de base prépare peu, ou mal, à l'interdisciplinarité. Selon nous, la formation professionnelle, dans les disciplines de la santé et des services sociaux, doit se rapprocher du terrain pour mieux tenir compte de la réalité du travail en équipe interdisciplinaire.

Les transformations proposées pour l'organisation des services correspondent à une vision contemporaine des pratiques professionnelles. Elles supposent la reconnaissance légale de nouveaux rôles, entre autres pour les infirmières, un partage différent des responsabilités

entre les professionnels et l'allégement de la réglementation professionnelle.

Selon les informations dont nous disposons, le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et les relations humaines mis sur pied par la ministre de la Justice en février 2000 devrait cibler les solutions favorisant la reconnaissance légale des pratiques, la collaboration et le partage des responsabilités entre les professionnels, tout en préservant les compétences particulières à chaque profession. Afin de faciliter ce partage délicat, il y aurait lieu, selon nous, d'étudier la possibilité d'intégrer les professionnels œuvrant dans un même domaine d'activités au sein d'une même corporation professionnelle, ainsi que d'examiner tout autre moyen pouvant faciliter la concertation.

Par ailleurs, de l'avis général, la législation encadrant le système professionnel devra aussi être allégée au plus tôt pour faciliter l'adaptation aux nouvelles tendances et au développement des technologies. Compte tenu des responsabilités qui leur sont confiées en matière de protection du public, nous croyons qu'il faut aussi adapter la réglementation de façon à reconnaître aux ordres professionnels une plus grande latitude dans la mise en œuvre des changements allant dans ce sens.

3.3.8 RENFORCER LE POUVOIR DES PARTIES LOCALES

R-17 Nous recommandons :

Que les acteurs concernés s'engagent à définir les modalités d'appropriation à l'échelle locale des questions liées à l'organisation du travail.

En appui à cette recommandation, 1 proposition :

P-45 Nous proposons :

Que les parties nationales conviennent que les questions relatives aux horaires de travail, au remplacement, à la présence et à l'absence au travail ainsi qu'à la gestion des postes soient négociées et agréées à l'échelle locale avant le début de la prochaine négociation nationale.

Toutes les recommandations de la Commission vont dans le sens d'une gestion ouverte, transparente et responsable, visant à améliorer les services à la population aussi bien qu'à satisfaire le personnel. Selon notre vision de la gestion, ceux à qui on demande d'atteindre des résultats en regard des services doivent disposer des moyens adéquats pour définir l'organisation du travail la mieux adaptée à leur situation, à leur clientèle.

De l'avis de la Commission, le niveau local doit s'approprier progressivement le contrôle des négociations sur les questions relatives à l'organisation du travail et en priorité celles portant sur les horaires de travail, le remplacement, la présence et l'absence au travail et la gestion des postes. Cela doit se faire dans un contexte « hors tension » et tenir compte de l'absence de tradition de réelles négociations à l'échelle locale. Les parties nationales auraient donc intérêt à utiliser dès maintenant l'accalmie de « l'entre négo » pour engager des discussions sur la meilleure façon de négocier, dans chaque établissement, des ententes locales sur ces 4 questions.

3.3.9 REDÉFINIR LA MOBILITÉ

R-18 Nous recommandons :

> **Que les parties concernées s'entendent sur une nouvelle définition de la notion de mobilité adaptée à l'organisation des services préconisée.**

En appui à cette recommandation, 1 proposition :

P-46 Nous proposons :

> **Que les organisations syndicales prennent l'engagement de convenir localement de règles permettant la mobilité du personnel entre leurs unités d'accréditation affiliées et, le cas échéant, entre les établissements desservant une population donnée.**

La Commission n'a pas remis en question la sécurité d'emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux. Nous considérons cependant que la faible mobilité du personnel, attribuable en grande partie au nombre important d'unités d'accréditation, entrave indûment la marge de manœuvre des établissements et l'évolution normale des employés au sein d'une même organisation de services. Nous comprenons que cette

situation trouve sa source dans l'histoire même de notre réseau et qu'elle est intimement liée au développement des professions et à la spécialisation des tâches qui ont entraîné le morcellement des unités originales.

Toutefois, si le réseau a pu s'en accommoder pendant longtemps, il faut aujourd'hui reconnaître que ce n'est plus le cas. À la suite des regroupements survenus ces dernières années, certains établissements se retrouvent en effet dans des situations intenables où une même catégorie d'emploi peut être représentée par plusieurs syndicats. Cela va à l'encontre des règles de base et de l'intention claire du Code du travail, soit une seule unité de négociation pour l'ensemble des salariés d'une même catégorie d'emploi, et ne fait aucun sens commun.

L'intégration des services, si importante pour l'avenir du réseau, se trouve aussi freinée par certaines règles actuelles, notamment celle prévoyant que l'ancienneté s'acquiert « en silos », c'est-à-dire par unité d'accréditation et par établissement. Encore ici, les règles en vigueur réduisent la mobilité du personnel, les occasions d'avancement professionnel et, de ce fait, la capacité des établissements et du réseau d'atteindre leurs objectifs.

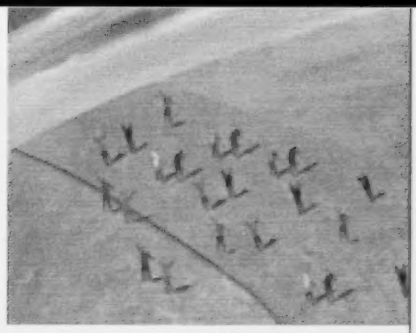
De l'avis de la Commission, il faut cesser de percevoir la mobilité comme une menace aux emplois ou à la qualité de vie des travailleurs et redéfinir ce concept en fonction des réalités contemporaines. Dans l'organisation que nous proposons, fondée sur une approche « populationnelle » et territoriale, la mobilité devrait être un outil au service des personnes et de l'organisation : elle permettrait aux individus, notamment aux plus jeunes, d'acquérir de l'expérience, de développer leurs compétences et, ainsi, d'avoir la possibilité d'accéder à de nouvelles responsabilités et de mener une carrière stimulante dans le réseau en ayant facilement accès à des postes dans les différents établissements de son milieu. La mobilité devient alors un facteur de stabilité et de valorisation plutôt qu'une règle bureaucratique. Nous sommes conscients qu'il s'agit d'une façon de voir totalement différente de la situation actuelle dans le réseau. Mais nous sommes vraiment convaincus du bien-fondé de cette approche et nous invitons fortement les parties concernées à engager la discussion sur les questions relatives à la mobilité.

La Commission souhaite que les organisations syndicales centrales interviennent pour soutenir le regroupement de leurs syndicats affiliés représentant une même catégorie d'emploi chez un même employeur. Pour la Commission, la mobilité des salariés, dans

un même établissement et entre établissements différents, doit cependant rester l'objectif à atteindre et ce, quel que soit le nombre d'unités d'accréditation.

Dans un réseau où les liens entre établissements devront se resserrer pour assurer une meilleure intégration des services, la Commission croit que les parties doivent faciliter cette mobilité entre établissements et convenir, soit du transfert de l'ancienneté d'un établissement à l'autre, comme pour les mesures de sécurité d'emploi, soit de l'adoption d'une ancienneté réseau.

La Commission invite donc les parties à définir des règles permettant la mobilité entre les accréditations. L'expérience récente du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major montre que de telles ententes sont tout aussi possibles que souhaitables.



PARTIE I
4

LE FINANCEMENT PUBLIC : LA PERFORMANCE AU SERVICE DE LA SOLIDARITÉ

4.1 NOS CONSTATS

4.1.1 D'UNE ASSURANCE À UN DROIT

L'origine de notre régime de santé et de services sociaux repose sur une notion d'assurance publique contre certains risques graves en rapport avec la maladie, c'est-à-dire principalement « guérir » et « soigner ». On voulait, quand on a instauré ce système, que toute personne puisse avoir accès à des services hospitaliers et, plus tard, à des services médicaux, sans discrimination en raison de ses moyens financiers. C'est d'ailleurs pourquoi les deux premiers piliers du système actuel ont été appelés « assurance-hospitalisation » et « assurance-maladie ».

Graduellement, au Québec comme ailleurs, les besoins ont évolué et divers autres services de santé et services sociaux ont été défrayés par l'État. Certains font l'objet de lois spécifiques, comme les services prévus à la *Loi sur la protection de la jeunesse*, d'autres sont des programmes complémentaires administrés par la RAMQ, d'autres encore sont couverts en principe par les budgets généraux des établissements en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, mais ils ne sont pas précisément définis.

Au fil des ans, le concept « d'assurance publique » s'est estompé au profit d'une notion de « droit individuel au service » et avec elle, est disparue aussi la notion d'un panier défini de services « assurés ». Il n'est pas surprenant qu'au Québec, comme ailleurs au Canada, il n'y ait plus personne qui sache au juste quels sont réellement les services assurés, dans quel délai, par qui et dans quelle circonstance ils doivent être produits, sans recourir à un juriste. Personne ne sait non plus combien coûtent ces services par catégorie, ni à l'unité, sans le recours à des experts comptables, ni quels sont les critères retenus pour assurer certains services plutôt que d'autres et encore moins d'où vient et où va l'argent.

La Loi canadienne sur la santé, adoptée en 1984, a consacré les cinq principes d'universalité, d'accessibilité, d'intégralité, de transférabilité et de gestion publique que personne ne remet en cause fondamentalement.

Socialement, ces principes sont toujours valables, même si aujourd'hui il faudrait les moderniser. Fixer leur interprétation d'après la réalité qui prévalait il y a plusieurs années crée des incongruités où la logique du système devient difficile à suivre.

4.1.2 FAIRE DES CHOIX ET PERFORMER

Dans son dernier rapport de juin 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis en évidence deux notions fondamentales qu'on a parfois tendance à oublier en matière de santé et de services sociaux.

La première, c'est l'obligation de faire des choix, de définir des priorités pour déterminer le contenu de l'enveloppe de prestations ou du panier de services à mettre à la disposition de tous. L'OMS rappelle qu'aucun système au monde, même les plus généreux, n'offre tous les services possibles, à tous, sans frais. Les systèmes « rationnent ». C'est même une fonction essentielle de la gouverne nationale: « *tous les pays doivent instaurer une politique claire de rationnement des interventions et veiller à ce que leurs ressources, dont le montant est limité, soient affectées à des domaines considérés hautement prioritaires* »[31]. Les systèmes à financement privé exercent ce rationnement par le biais des mécanismes de marché alors que les systèmes publics définissent une gamme des services couverts et fixent les budgets publics qu'ils y allouent.

La deuxième notion, qui est à la fois le thème principal et la raison d'être du rapport de l'OMS, est celle de la performance, plus précisément de l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Le terme de performance est employé ici dans son sens le plus noble, c'est-à-dire l'obtention des meilleurs résultats possibles compte tenu des ressources disponibles.

Cette deuxième notion soulève des questions universelles. Les services assurés sont-ils les bons? En avons-nous pour notre argent? Notre système est-il économique, efficace et efficient?

La Commission a acquis la conviction, lors de ses rencontres avec une trentaine d'experts de calibre international, qu'aucun pays développé, doté d'un système de santé à financement public, ne peut échapper à ces deux obligations : faire des choix et performer. Ce sont même, de l'avis de plusieurs, les conditions préalables au maintien de la solidarité et de l'équité sur lesquels s'appuient les systèmes publics. En effet, l'absence de choix clairs et de performance satisfaisante menace les valeurs de solidarité et d'équité qui soutiennent les systèmes publics. Dans le domaine de la santé, les grands choix sont une responsabilité clairement politique. À défaut, ce seront les budgets ou,

31 Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Genève, 2000.

en fin de compte les tribunaux, qui dicteront ces choix. La performance résulte donc de l'action concertée de la gouverne, du management et des professionnels.

Il y donc a à la base une nécessité évidente de revenir au concept original d'un « système d'assurance collective » administré par l'État et financé par nos taxes et nos impôts. Il faut revoir et préciser quels sont les services assurés, dans quel délai raisonnable sont-ils offerts, pour qui, auprès de qui et où. Il faut définir l'organisation de services la plus pertinente et comment en assurer une gestion efficace.

Il faut aussi savoir quelles sont les ressources financières disponibles, d'où provient l'argent, où il va, le tout de façon transparente? Quels budgets sont consacrés à quels services et pourquoi? Quels sont les coûts globaux et unitaires de chaque programme? Comment se comparent-ils à l'échelle québécoise, canadienne et internationale?

Il est absolument essentiel de répondre à ces questions élémentaires relatives aux services assurés, au montant de la prime, au coût des prestations et à la performance des pourvoyeurs de services. Toute compagnie d'assurance qui ne saurait y répondre serait rapidement en faillite car le management en serait impossible. C'est malheureusement le cas aujourd'hui dans notre système pour la majorité des questions soulevées et dans la plupart des programmes de services.

Répondre à ces questions exigera détermination et lucidité, courage et rigueur. Cela nous obligera à faire des choix pour définir les services assurés, à indiquer la limite financière de l'État, à mesurer la performance autant clinique que financière des dispensateurs, à traiter avec une grande transparence tous les enjeux et accepter d'y mettre le temps et l'énergie appropriés.

UNE VISION : RENOUVELLER LA CULTURE ORGANISATIONNELLE ET LA GESTION

Pour réussir l'adaptation de notre système, il faudra aussi renouveler la culture du réseau et de sa gestion.

Les Québécois ne se satisferaient pas de services de santé médiocres, mal organisés, coûteux et non centrés sur le client alors que tous les autres secteurs d'activité se modernisent, s'adaptent et performent. Il faudra résolument adopter une culture de l'excellence basée sur la mesure de la performance. Tous les pays disposant de systèmes à financement public, en Europe et ailleurs, se sont tournés résolument vers de nouvelles stratégies qui incitent à performer et à mesurer les résultats. Nous devrons faire de même.

La culture de notre réseau est basée sur une approche hiérarchique, bureaucratique et cloisonnée où chaque nouveau client représente un problème de plus. Il faut développer une culture d'excellence axée sur les résultats dans laquelle la gouverne fixe les objectifs et les moyens pour les atteindre.

La gouverne nationale doit plutôt être stratégique et exprimer un leadership renforcé par sa capacité de prévoir, de faire les grands choix, de fixer les objectifs et de mesurer les résultats. La gouverne régionale, elle, sera imputable d'actualiser les objectifs opérationnels dans le cadre de contrats de performance négociés chaque année dans une perspective triennale. Les établissements quant à eux auront une responsabilité « populationnelle » et territoriale. Ils négocieront des contrats de performance avec les régies et bénéficieront alors d'une marge de manœuvre pour être vraiment imputables.

Au lieu de l'exclusion du secteur privé, s'instaurera le partenariat là où il peut contribuer à assurer l'économie, l'efficience et l'efficacité du système et donc sa pérennité. Le partenariat sera aussi à la base de la relation du réseau avec le tiers secteur. Les rapports entre les différentes composantes du système évolueront vers des rapports contractuels pour donner corps au concept de « l'argent suit le client » et introduire la mesure des résultats attendus par l'acheteur. L'esprit entrepreneurial

remplacera l'obéissance aux directives, c'est-à-dire que le sens de l'innovation remplacera le sens de la directive.

La concurrence, basée sur la capacité de donner des services de qualité, remplacera le lobby et les pressions des producteurs de services, institutionnels ou professionnels. La budgétisation, les modes de rémunération et de paiement de tous les acteurs se fonderont sur la performance plutôt que sur l'histoire ou le statut. Les équipes cliniques de 1re ligne contrôleront de plus en plus l'achat des meilleurs services au meilleur prix pour leurs clients. Et, enfin, les régions négocieront, avec les établissements spécialisés des grands centres, l'achat de services et la mise en place de corridors ou voies rapides pour leurs clients.

En somme, un nouveau paradigme, celui d'une culture d'excellence fondée sur la capacité d'innover, d'entreprendre et de mesurer les résultats obtenus remplacera l'ancien paradigme de la culture de la protection des acquis, du conformisme organisationnel et de la course aux budgets additionnels par la pression des déficits. C'est l'émergence de ce nouveau paradigme qui sera l'antidote à la naissance d'un système à plusieurs vitesses.

De l'avis de la Commission, il ne s'agit pas là uniquement d'une vision de ce qui est souhaitable mais d'exigences tout à fait essentielles si nous voulons collectivement à la fois maintenir les fondements de notre système et continuer à l'adapter aux nouveaux besoins de notre temps.

4.2 LES PRINCIPES DIRECTEURS

En matière de financement des services, la Commission a fondé son analyse et ses recommandations sur les principes suivants :

1) Les services assurés répondent aux besoins prioritaires de la population;

2) Le panier de services assurés est clairement défini, il permet un accès aux services dans des délais raisonnables et le niveau de financement consenti est suffisant pour ce faire;

3) Le financement du panier de services, défini par les pouvoirs publics, demeure très largement public;

4) Le financement public va de pair avec une grande transparence aussi bien en termes de niveau et de sources de financement que de modes d'allocation, de paiement et de coût des services rendus;

5) Le financement : son niveau, ses sources, ses modes d'allocation et de rémunération, correspond aux grands choix et aux valeurs de notre société en matière de services de santé et de services sociaux;

6) Le financement public des services exige un monitorage permanent et transparent de la croissance des dépenses en rapport avec la santé des finances publiques et la richesse collective;

7) Le financement de tout le réseau incite les établissements et les professionnels à performer tant sur le plan clinique que financier.

4.3 NOS RECOMMANDATIONS

4.3.1 LE FINANCEMENT : DES DÉFINITIONS

Dès le début de ses travaux, la Commission a indiqué qu'elle aborderait le financement de la santé et des services sociaux sous divers aspects : le niveau du financement, les sources et la distribution de l'argent par l'allocation des ressources, les modes de rémunération et de paiement des acteurs. De multiples groupes, personnes et experts se sont prononcés sur ce sujet.

Nous avons constaté, dans le cadre de nos consultations, qu'il existait une grande confusion autour des notions de financement public et privé, de services assurés ou non, de production publique et privée de services, de même qu'autour des notions de gestions publiques et privées. C'est pourquoi afin de jeter un peu de lumière sur ces concepts, la Commission propose quelques définitions qui figurent à l'annexe 2.

Nous avons également constaté qu'en raison sans doute d'une certaine opacité des mécanismes de financement des services payés par l'État, plusieurs organismes et citoyens sont très peu familiers avec les données de base à ce sujet. Ils expriment, soit

des inquiétudes, souvent non fondées, soit au contraire, une confiance téméraire face à notre capacité collective d'en soutenir le financement. Il est donc utile de rappeler quelques notions clés pour ceux et celles qui veulent se faire une opinion sur ces enjeux.

4.3.2 LE NIVEAU DE FINANCEMENT

Il y a plusieurs façons de tenter d'évaluer, par des comparaisons avec d'autres systèmes et États similaires, si nous dépensons plus ou moins que les autres pour nos services de santé. Les deux indices les plus fréquemment utilisés sont les dépenses per capita et le pourcentage du PIB consacré aux dépenses publiques en santé.

TABLEAU 1 **Dépenses publiques de santé par habitant, Québec, Canada et provinces majeures –1990, 1995 et 1998 (En dollars)**

	1990	1995	1998
Colombie-Britannique	1 641	2 003	2 072
Canada	*1 644*	*1 805*	*1 946*
Ontario	1 685	1 819	1 919
Québec	**1 547**	**1 756**	**1 897**
Alberta	1 701	1 578	1 837
Écart Québec-Canada	**- 6,3 %**	**- 2,8 %**	**- 2,6 %**

Note : Incluant dépenses directes du gouvernement fédéral (autochtones, forces armées, vétérans) et fonds de sécurité sociale des gouvernements provinciaux (ex. CSST).
Source : Institut canadien d'information sur la santé, National Health Expenditure Trends 1975-2000, Ottawa, 2000.

TABLEAU 2 **Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB, Québec, Canada et provinces majeures – 1980, 1990, 1994 et 1998 (En pourcentage)**

	1980	1990	1994	1998
Colombie-Britannique	5,6	6,9	7,1	7,3
Québec	**6,6**	**6,9**	**7,2**	**7,2**
Canada	*5,5*	*6,8*	*6,9*	*6,5*
Ontario	4,8	6,2	6,6	5,9
Alberta	3,9	6,4	5,5	5,0
Écart Québec-Canada	**+ 1,1**	**+ 0,1**	**+0,3**	**+ 0,7**

Note: Les provinces sont rangées en ordre décroissant des valeurs de 1998.
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Le financement du système public de santé et de services sociaux au Québec*, Québec, Juin 2000 et Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends 1975-2000*, Ottawa, 2000.

La dépense publique de santé par habitant est, selon les données les plus récentes de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) légèrement inférieure à la moyenne au Canada (tableau 1). Elle accapare toutefois une part de notre PIB équivalente à celle de la Colombie-Britannique mais supérieure à l'Ontario, à l'Alberta et à la moyenne canadienne (tableau 2). Les données de l'ICIS sur les dépenses publiques par personne pondérées pour tenir compte de l'âge et du sexe indiquent par ailleurs que le Québec dépense plus, par personne, que six autres provinces.

On constate aussi que, par rapport à plusieurs pays, le Québec ne se situe pas aux extrémités de la distribution statistique sous deux indicateurs (tableaux 3 et 4).

TABLEAU 3 **Dépenses totales de santé par habitant, Québec, Canada et pays de l'OCDE, 1970, 1985 et 1997, en parité du pouvoir d'achat ($ PPA)**

	1970	1985	1997
Royaume-Uni	144	669	1 391
Italie	154	830	1 613
Japon	131	820	1 760
Suède	270	1 172	1 762
Québec	**247**	**1 153**	**2 003**
Danemark	216	1 173	2 042
France	206	1 082	2 047
Canada	*262*	*1 201*	*2 175*
Allemagne	224	1 242	2 364
Suisse	252	1 250	2 611
États-Unis	357	1 798	4 095

Note : Les états sont rangés en ordre croissant des valeurs de 1997.
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Le système québécois de santé et de services sociaux* (points de repère), Québec, Juin 2000.

TABLEAU 4 **Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB, Québec, et pays de l'OCDE, 1993, 1995 et 1998 (En pourcentage)**

1993		1995		1998	
Royaume-Uni	5,8	Royaume-Uni	5,8	Royaume-Uni	5,6
États-Unis	6,1	États-Unis	6,5	États-Unis	6,1
Danemark	7,2	Canada	6,7	Canada	6,5
Canada	*7,3*	*Danemark*	*6,8*	*Danemark*	*6,8*
France	7,3	Québec	7,1	Suède	7,0
Québec	**7,6**	**Suède**	**7,1**	**Québec**	**7,2**
Allemagne	7,7	France	7,3	France	7,3
Suède	7,7	Allemagne	8,2	Allemagne	7,9

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Le système québécois de santé et de services sociaux* (points de repère), Québec, Juin 2000 et Organisation de coopération et de développement économique, Éco-Santé, OCDE 2000, *Analyse comparative de 29 pays*, Paris, 2000.

À partir de ces données, plusieurs groupes tirent des arguments soutenant des théories contradictoires. Selon nous, il s'agit simplement de points de repère utiles. Pour apprécier la capacité ou si l'on veut la flexibilité pour un gouvernement de maintenir ou d'accroître ses dépenses publiques, il faut d'abord tenir compte de son niveau d'endettement global et par habitant, car le paiement des intérêts sur sa dette accumulée au fil des ans diminue d'autant sa marge de manœuvre.

Au Québec, la dette publique est de l'ordre de 100 milliards de dollars. En pourcentage du PIB, notre endettement est le plus élevé au Canada (graphique 4). Le paiement des intérêts sur cette dette, plus de 7 milliards de dollars par année, équivaut à environ 20 % des taxes et impôts versés au gouvernement du Québec.

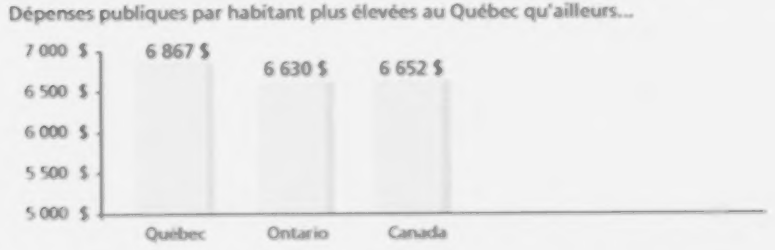
GRAPHIQUE 4 **Dette brute au 31 mars 1999 (En pourcentage du PIB)**

L'endettement du Québec et des provinces majeures

Source : Ministère des Finances, 2000

Nos dépenses publiques de programmes par habitant sont par contre un peu plus élevées qu'ailleurs au Canada (graphique 5), et ce, malgré une richesse par habitant moindre (graphique 6). Cela tient au fait que le Québec a fait des choix qui lui sont propres en matière de services publics et de politiques sociales.

GRAPHIQUE 5 **Dépenses de programmes, administrations provinciales-locales (1998-1999) (En dollars par habitant)**



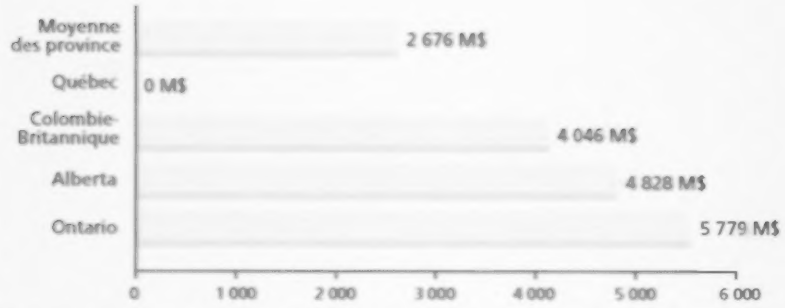
Source : Ministère des Finances du Québec, 2000.

GRAPHIQUE 6 **Produit intérieur brut 1999 (En dollars par habitant)**

Source : Ministère des Finances du Québec, 2000.

Résultante inévitable : le fardeau fiscal du Québec est très élevé (graphique 7). Cela est particulièrement vrai pour l'impôt des particuliers pour lequel les Québécois payaient, en 1999, en moyenne 20 % de plus que si le régime fiscal des autres provinces s'appliquait ici.

GRAPHIQUE 7 **Impôt des particuliers**
Écart Québec – Autres provinces, 1999 (1) (En millions $)



(1) Incluant l'impact des mesures annoncées dans les budgets 1999-2000 pour chacune des provinces, en date du 1er octobre 1999. Le calcul de l'effort fiscal des particuliers de chacune des provinces tient compte des taux d'imposition, des surtaxes, des crédits d'impôts ainsi que des allocations provinciales pour enfants. Au Québec, les cotisations au fonds des services de santé et au fonds de lutte contre la pauvreté sont incluses dans l'effort fiscal québécois. Enfin, l'abattement du Québec de 16,5 % est retranché de l'écart de l'effort fiscal.

Source : Commission parlementaire sur la réduction de l'impôt des particuliers, *Effort fiscal comparé des contribuables québécois à l'impôt des particuliers*, Québec, 1999.

Si l'on se fie aux prévisions budgétaires 2000-2001 des autres provinces, ces écarts relatifs ne devraient pas changer sensiblement d'ici 2005.

Du côté de la fiscalité des entreprises, depuis quelques années, les taux d'imposition sont comparables ou moins élevés au Québec qu'en Ontario. Cet avantage concurrentiel sera difficile à maintenir puisque l'Ontario a annoncé une baisse significative du fardeau fiscal des entreprises d'ici 2005. Cette comparaison avec l'Ontario est pertinente car son économie, qui a presque deux fois la taille de la nôtre, est notre principale concurrente.

4.3.2.1 TENDANCES DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

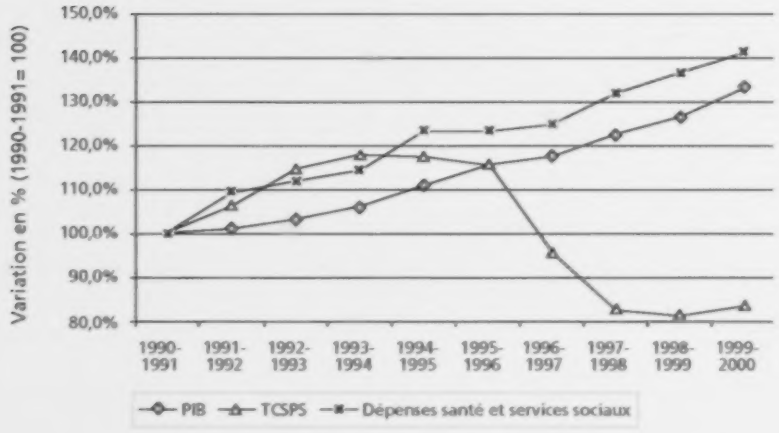
Si en 1998, le Québec se situait dans un peloton statistique confortable sur le plan des dépenses publiques par habitant et du poids de celles-ci sur l'économie, il est intéressant d'observer aujourd'hui la tendance de ces dépenses. Après tout, ce qui compte, c'est ce que nous payons et que nous paierons, et non les statistiques passées ni les dépenses des voisins. Pour évaluer cette tendance, nous avons retenu trois périodes : de 1985 à 2000-

2001, de 1990 à 2000-2001 et de 1996 à 2000-2001.

Sur une période de quinze ans, de 1985-1986 à 2000-2001, ces dépenses ont doublé, passant de 7,7 à 15,9 milliards de dollars alors que la population n'a augmenté que de 10 %. Depuis 10 ans, la croissance moyenne était de 3,5 % par an. Au cours des 5 dernières années, elle a augmenté à 5,3 % par an. Cette année (2000-2001), elle est de 7 %.

Les dépenses du système public de santé, qui incluent les contributions des usagers et des tiers payants, ont suivi la même tendance, dépassant constamment le taux de croissance du PIB. Durant la même période, les transferts fédéraux versés dans le cadre du TCSPS ont crû jusqu'en 1993-1994, puis ont baissé fortement, pour se stabiliser à compter de 1997-1998 (graphique 8).

GRAPHIQUE 8 **Évolution globale du PIB, des dépenses du système public de santé et services sociaux et des transferts fédéraux dans le cadre du TCSPS, de 1990-1991 à 1999-2000**



Note : Les dépenses du système public ont été ajustées pour tenir compte des dépenses financées par les contributions d'usagers, les opérations du fonds d'assurance-médicaments et celles financées par emprunt à court terme, correspondant aux déficits nets du réseau.

Sources : Ministère des Finances du Québec, 2000, BÉDARD, Denis, *Le financement des soins sociosanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, Québec, janvier 2000, Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, Réunion des premiers ministres (communiqué), Ottawa, 11 septembre 2000.

Plusieurs explications peuvent justifier ces taux de croissance. Retenons seulement qu'en bout de piste, le taux de croissance des dépenses des dernières années est nettement supérieur à celui du PIB tandis que les transferts du TCSPS diminuent (graphique 8).

La croissance de l'économie

La commission a voulu projeter ces tendances pour les prochaines années . Étant donné que, sur une dizaine d'années, il faut retenir la moyenne et non les extrêmes, la commission a retenu l'hypothèse d'une croissance réelle de l'économie de l'ordre de 2 % par an jusqu'à 2010 et d'un même taux d'inflation annuel pour la période . Elle a aussi examiné leurs effets sur les finances publiques et sur les services de santé et les services sociaux, les deux étant indissociables .

Selon les hypothèses, volontairement prudentes et raisonnables, que nous avons retenues concernant la hausse de revenus autonomes, l'évolution des transferts fédéraux et la marge de manœuvre essentielle à la compétitivité fiscale du Québec, le gouvernement ne pourra guère augmenter l'ensemble de ses dépenses de programmes de plus de 2,4 % par an, en moyenne, pour les 10 ans à venir. Le taux de croissance annoncé dans le discours sur le budget 2000-2001 est de 2,9 % , donc très près de notre hypothèse. De plus, ce taux indique que nous sommes présentement dans une période de forte croissance économique. L'hypothèse de 2,4 % correspond à 2 % d'inflation prévue plus 0,4 % pour tenir compte de l'augmentation de la population. Cette moyenne présume, rappelons-le, que durant les années de forte croissance économique, le gouvernement pourrait faire un peu plus et que pendant les années difficiles, il ferait probablement un peu moins.

La croissances des dépenses

Pour prévoir la croissance des dépenses de santé et de services sociaux, la Commission a examiné trois hypothèses. La première se traduit par une croissance de l'IPC plus 1,3 %, soit 3,3 %, comme cela s'est produit en moyenne de 1990 à 2000-2001, incluant les années de fortes compressions budgétaires. La deuxième est fondée sur l'augmentation structurelle des coûts, compte tenu des facteurs d'accroissement spécifiques tels qu'évalués par le MSSS, ce qui nous amène à une croissance annuelle de 5,1 %, soit l'IPC plus 3,1 %. Ce chiffre est similaire à ce que l'on connaît depuis 5 ans. Finalement, on considère aussi une hypothèse intermédiaire, pour fin de simulation, soit l'IPC plus 2,6 %, donc 4,6 %.

Nous avons estimé plus prudent de retenir la croissance annuelle de 5,1 % comme étant l'hypothèse la plus vraisemblable pour les trois ou quatre prochaines années. D'une part, elle représente la réalité québécoise des cinq dernières années et d'autre part, elle est basée sur une analyse plus fine de la dynamique de croissance actuelle des principales dépenses. Par exemple, elle tient compte spécifiquement d'éléments comme le budget des médicaments et celui du système d'approvisionnement en produits sanguins, dont le rythme de croissance est bien supérieur à la moyenne. C'est également le taux retenu par les provinces canadiennes lors de la dernière négociation fédérale-provinciale de septembre 2000. Enfin, l'ICIS a constaté dans sa dernière publication que la croissance des dépenses publiques de santé depuis 1996 au Canada, a été en moyenne de plus de 6 %[32].

Soulignons que si la croissance de 5,1 % était en fait réellement systémique et incompressible dans la dynamique actuelle, et que l'augmentation accordée par le gouvernement n'était que de 3,0 %, cela représenterait une compression annuelle récurrente de 460 millions de dollars. La gestion d'un tel effort de gain de productivité serait sûrement très complexe dans un contexte où il n'y a pas de modification majeure ni du panier de services ni de l'organisation des services.

4.3.2.2 UN ENJEU BUDGÉTAIRE ET FISCAL POUR LE GOUVERNEMENT

Compte tenu que la fiscalité fournit l'essentiel des fonds nécessaires, quel impact cela a-t-il sur le budget du gouvernement du Québec, sur nos taxes et nos impôts ?

En 1985, le gouvernement du Québec consacrait environ 30 % de ses dépenses de programme à la santé et aux services sociaux. Cette part était de 35,3 % en 1990 et de 39,8 % cette année. Nous sommes donc dans une trajectoire où le pourcentage du PIB consacré aux dépenses publiques de santé augmente progressivement et rien n'indique un ralentissement à court ou à moyen terme, si aucun changement n'est adopté. Cette tendance indique que le gouvernement dépense inévitablement de moins en moins, proportionnellement, dans tous les autres secteurs comme l'éducation, l'environnement, le transport, la sécurité sociale et, de plus en plus, dans la santé et les services sociaux. En outre, le service de la dette, évalué en ce moment à plus de 7 milliards de dollars, réduit notre capacité de dépenses dans tous les programmes à cause de son caractère

32 Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends1975-2000*, Ottawa, 2000.

incompressible et de sa sensibilité aux taux d'intérêt.

Une projection basée sur les trois hypothèses analysées montre que dans tous les cas de figure, la part des dépenses de santé et de services sociaux dans le budget du Québec augmentera inexorablement. Le tableau 5 indique que plus de 50 % des dépenses de programme du gouvernement du Québec pourraient y être consacrées en 2010-2011, sur la base de l'hypothèse d'une croissance des dépenses à 5,1 %.

TABLEAU 5 **Part des dépenses de programme affectées à la santé et aux services sociaux en 2010-2011** [p]

	2000-2001[p]	2010-2011
Dépenses de programme (Croissance de 2,4 %)	39 960 M$	50 952 M$
Dépenses de santé et de services sociaux (% des dépenses de programmes)	15 899 M$ 39,8 %	
- Hypothèse 1 (croissance de 3,3 %)		21 997 M$ 43,2 %
- Hypothèse 2 (croissance de 4,6 %)		24 928 M$ 48,9 %
- Hypothèse 3 (croissance de 5,1 %)		26 109 M$ 51,2 %

[p] Prévision.

Source : Estimation de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux à partir de données fournies par BEAUREGARD, Claude, ENAP,Québec, Décembre, 2000.

On imagine facilement que si le gouvernement veut améliorer la compétitivité fiscale du Québec, contenir la croissance globale de ses dépenses de programmes à 2,4 % par an et ne pas retourner en déficit, le budget de toutes les autres missions gouvernementales ne pourrait être indexé à court terme et devrait même diminuer, en termes réels, d'ici quelques années.

Le constat global est assez simple : la Commission retient que notre niveau d'endettement est le plus élevé au Canada et que nos taxes et nos impôts sont les plus élevés du nord-est du continent. De plus, le financement en provenance du gouvernement du Canada diminue. Toutefois, si notre niveau actuel de dépenses de santé n'est pas éloigné des États ou pays comparables, depuis quelques années, sa croissance est très rapide. L'impact budgétaire sur toutes les autres dépenses gouvernementales est très marqué et le sera encore plus dans l'avenir prévisible si rien n'y est fait.

Ainsi, à moins d'une croissance économique qui entraîne des rentrées fiscales aussi soutenues dans le temps qu'imprévisibles en niveau, le scénario d'évolution des dépenses de santé et de services sociaux le plus vraisemblable, dans la dynamique actuelle, télescopera donc année après année toutes les autres priorités gouvernementales. Cela rend la situation peu supportable pour le gouvernement, voire critique pour le bon fonctionnement général de l'État.

Le niveau actuel de dépenses a donc, semble-t-il, atteint un seuil et une vitesse de croissance critiques. Sans une gestion globale très serrée et avec l'accord de l'ensemble des intervenants, cette croissance démesurée pourrait se prolonger, déstabiliser l'ensemble des activités gouvernementales et plonger, par effet de retour, le réseau de la santé et des services sociaux dans une crise profonde. Il est donc essentiel de revoir nos choix et nos façons de faire pour sortir ensemble de cette impasse.

Pour bien prendre la mesure de la situation, rappelons que d'après les experts, s'il se produisait une récession de l'ampleur de celle de 1981-1982, ceux-ci estiment que le gouvernement devrait réduire, brutalement, ses dépenses d'environ 3 milliards de dollars par an, pour respecter l'objectif du déficit zéro. Cela aurait comme répercussion, une baisse proportionnelle inévitable d'environ 1 milliard de dollars dans les dépenses du MSSS. Ce seul exemple démontre la vulnérabilité actuelle du financement de nos services par la fiscalité et que, en raison de leur poids dans le budget du gouvernement, les dépenses de santé et de services sociaux sont au cœur même des enjeux des finances publiques du Québec, elles-mêmes indissociables de l'environnement économique en Amérique du Nord.

LA PÉRENNITÉ ET L'INTÉGRITÉ DU SYSTÈME

R-19 En vue de préserver la pérennité et l'intégrité des services de santé et des services sociaux, il y a lieu pour le gouvernement et tous les citoyens :

- **De reconnaître la vulnérabilité du financement fiscal.**

Pour ce faire, nous recommandons :

- **Que le gouvernement établisse une ou des limites-repères du niveau des dépenses publiques maximal acceptable;**
- **Qu'il fournisse au réseau un cadre budgétaire triennal.**

On le comprend aisément, le niveau des dépenses publiques de santé et de services sociaux devrait préoccuper tous les Québécois et faire l'objet d'un débat public permanent et éclairé. L'Assemblée nationale et ses commissions parlementaires devraient contribuer à cet exercice en se donnant les moyens de discuter de cet enjeu de façon non partisane, dans l'intérêt général.

Les gestionnaires du réseau doivent vraiment prendre conscience de la fragilité des bases du financement public du système et gérer en conséquence. De même, les gestionnaires des finances publiques doivent être très conscients du risque que feraient courir à notre système des chocs budgétaires imprévus dus à une mauvaise lecture de la réalité dans laquelle le réseau évolue.

De l'avis de la Commission, seule une grande transparence, des objectifs clairs et un bon niveau de prévisibilité permettront de susciter un réel partenariat entre les gestionnaires des finances publiques et ceux du réseau de services de santé et de services sociaux. En l'absence de ces conditions, le risque est grand que se crée une déstabilisation, au détriment des contribuables comme des usagers, en particulier à l'occasion d'une récession économique.

La Commission considère que pour éviter un tel choc, le gouvernement devrait fournir des indications budgétaires triennales au réseau et les réajuster chaque année. Les établissements devraient alors établir leur budget de base en conséquence. Plusieurs administrations dont la Hollande, la Catalogne, la Finlande et le Danemark, fournissent de telles indications budgétaires pluriannuelles.

Le gouvernement serait également avisé de tenir à jour un plan de contingences, convenu avec les principaux acteurs du réseau, pour faire face à tout problème sérieux de finances publiques résultant d'une récession économique. À titre indicatif, ce plan proposerait des alternatives tant pour le niveau, que pour les sources de financement, l'allocation des ressources, le paiement des acteurs et la réduction de l'offre de services, si nécessaires.

Un tel plan aurait l'avantage d'offrir la même information à tout le monde. Ainsi préparés, nous croyons qu'il serait moins douloureux de faire face à une crise, chacun sachant les efforts qu'il aurait à fournir. Croire simplement que les finances publiques québécoises sont suffisamment solides pour absorber le choc sans créer d'impact sur le déficit ou sur l'offre de services tient de l'illusion.

De la même manière, il serait souhaitable que le gouvernement prenne des mesures de consultation appropriées avec le réseau pour prévoir l'usage le plus judicieux de tout surplus budgétaire important, dont une part pourrait être consacrée à la santé et aux services sociaux. Historiquement, de tels surplus ont souvent servi à éponger les déficits d'établissements, ce qui a eu pour effets pervers de n'avoir régler aucun problème structurel d'organisation de services et d'avoir encouragé, indirectement, le développement de nouveaux services.

4.3.3 LES SOURCES DE FINANCEMENT

Au Québec, en 1998, 73,4 % des dépenses totales de santé étaient payées à même le budget de l'État. Comme l'indiquent les tableaux 6 et 7, cela place le Québec à un niveau plus élevé que la moyenne des autres grandes provinces et que la moyenne canadienne, elle-même nettement plus élevée qu'aux Etats-Unis, mais inférieure à la plupart des pays européens.

Après quelques années de décroissance de la part relative des dépenses publiques par rapport aux dépenses privées, le dernier rapport de l'ICIS révèle un renversement de tendance. Cela s'observe aussi dans les autres provinces canadiennes, à des degrés divers. En 1998, au Québec, les dépenses publiques ont augmenté de 8,6 % contre seulement 0,2 % dans le secteur privé[33]. Les dernières annonces du gouvernement laissent présager une tendance similaire pour 2000.

La Commission considère qu'il n'y a pas de pourcentage idéal de répartition entre le secteur public et le secteur privé, ni dans les différentes provinces canadiennes ni dans les différents pays. L'enjeu fondamental porte davantage sur la pertinence, l'efficacité et l'efficience des dépenses en relation avec les objectifs fixés.

33 Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends 1975-2000*, Ottawa, 2000.

TABLEAU 6 **Part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé au Québec, au Canada et dans les autres provinces majeures – 1960, 1975, 1980 et 1998 (En pourcentage)**

	1960	1975	1980	1998
Québec	**27,0**	**78,8**	**81,5**	**73,4**
Colombie-Britannique	46,8	71,9	72,0	71,5
Canada	*43,1*	*76,4*	*75,6*	*70,1*
Alberta	48,5	76,9	77,2	67,9
Ontario	45,6	75,4	72,2	66,7
Écart Québec-Canada	**- 16,1**	**+ 2,4**	**+ 5,9**	**+ 3,3**

Note : Les provinces sont rangées en ordre décroissant des valeurs de 1998.
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec, La présence du privé dans la santé au Québec*, Québec, 1999 et Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends 1975-2000*, Ottawa, 2000.

TABLEAU 7 **Part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé au Québec, au Canada et dans les principaux pays de l'OCDE - – 1970, 1985 et 1998 (En pourcentage)**

	1970	1985	1998
États-Unis	37,8	40,6	44,7
Italie	86,9	77,2	68,0
Canada	*70,2*	*75,6*	*70,1*
Québec	**66,9**	**78,8**	**73,4**
Suisse	63,9	66,1	73,4
Allemagne	72,8	77,5	74,6
France	74,7	76,9	76,4
Japon	69,8	70,7	78,3
Danemark	86,3	88,2	81,9
Royaume-Uni	87,0	85,8	83,7
Suède	86,0	90,4	83,8

- OCDE = Organisation de coopération et de développement économique.
Note : Le Québec et les pays de l'OCDE sont rangés en ordre croissant des valeurs de 1998.
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec, La présence du privé dans la santé au Québec, Québec, 1999* et Organisation de coopération et de développement économique, Éco-Santé, OCDE, 2000, *Analyse comparative de 29 pays*, Paris, 2000.

Les sources de financement d'un système public peuvent être très diversifiées, selon les choix faits par les différentes sociétés. Au Québec, si l'on jette un coup d'œil aux sources principales de financement des dépenses du système public de santé, on constate qu'en 1999-2000, 90,3 % provenaient du Fonds consolidé du Québec alimenté par les impôts et taxes des Québécois, payés à Québec ou à Ottawa. Une part de 7,6 % provenait de contributions des usagers (ex. : suppléments de chambres privées ou semi privées, contribution des adultes hébergés et services pharmaceutiques) et 2,1 % de sources diverses (ex. : CSST, SAAQ, ministère des Anciens combattants et facturation des services aux non-résidents).

Au cours de ses travaux, la Commission a évoqué diverses hypothèses quant à la diversification des sources de financement permettant de faire face à la croissance des coûts.

Première source, la fiscalité. Cette source est largement exploitée au Québec, ce qui explique en bonne partie le niveau élevé de nos taxes et de nos impôts en comparaison avec nos voisins. Il n'est pas surprenant que toute augmentation d'impôt, pour financer une croissance des dépenses de santé et de services sociaux, ait été écartée par l'immense majorité des intervenants. À l'heure actuelle, cette source fournit déjà environ 14 milliards de dollars.

La deuxième source est la tarification, ou contribution directe des usagers. On y a beaucoup moins recours au Québec et au Canada que dans la grande majorité des pays européens ayant des systèmes similaires au nôtre. Cette tarification, principalement pour la contribution des adultes hébergés et des suppléments de chambres, représentait environ 564 millions de dollars en 1999-2000. Au Québec, tout recours additionnel à des contributions directes est généralement associé à l'idée d'un ticket modérateur qui risque de briser l'équité et la solidarité dans l'accès aux services.

La troisième source, ce sont les contributions obligatoires à un régime public ou d'assurance collective comme le régime d'assurance médicaments. Elles s'élevaient à 627 millions de dollars en 1999-2000. Pour plusieurs, cette source semble plus acceptable étant donné que les plus démunis y voient leur contribution défrayée par l'État et que tous ont accès au même panier minimal de services. On reproche toutefois à ce mode de financement le niveau de franchise et de coassurance pour les personnes à faibles revenus.

La quatrième source soumise par la Commission, ce sont les revenus provenant d'un régime de caisse capitalisé, financé par des contributions obligatoires. Ce mode de financement,

plus complexe et bien moins connu, a fait l'objet de peu de commentaires. Certains ont tout de même fait montre d'une certaine ouverture et ont précisé qu'une condition essentielle est que les fonds recueillis ne soient pas détournés à d'autres fins. La possibilité pour des professionnels et des établissements publics de vendre leurs services sur une base commerciale à des non-résidents a été discutée, mais elle n'a reçu que très peu d'appui. À l'heure actuelle, elle ne représente que des revenus très marginaux en vertu d'ententes particulières. Enfin, la Commission a aussi pris connaissance que des revenus divers, provenant de tiers payeurs, représentent environ 300 millions de dollars.

LES REVENUS FISCAUX, PRINCIPALE SOURCE DE FINANCEMENT

R-20 Pour consolider le financement public, nous recommandons :

- **Que les revenus fiscaux demeurent la principale source de financement des services assurés;**

  Pour élargir la couverture des services assurés, nous recommandons :
- **Que soit exploré le recours à divers modes d'assurance collective;**

  Pour faciliter la transition démographique du Québec, nous recommandons :
- **Que soit exploré le recours à un régime de caisse capitalisé.**

Si l'on compare les sources de revenus de notre système à celles de la plupart des systèmes publics similaires au nôtre, notamment en Europe, c'est la fiscalité qui prédomine largement. La plupart des pays possédant des systèmes dits « bismarckiens », comme la France et l'Allemagne, ou des systèmes publics reposant sur la fiscalité générale, comme la Suède et la Norvège, ont des contributions sociales, franchises ou contributions directes généralisées comme autres sources de financement, en dehors de la fiscalité.

Un financement presque exclusivement basé sur la fiscalité est directement soumis aux variations des rentrées fiscales, elles-mêmes sujettes à des fluctuations selon la conjoncture économique intérieure et internationale. Or, il est reconnu qu'en temps de récession économique, la pression sur les dépenses du système de santé et de services sociaux s'accroît. Il s'agit donc d'une dynamique contre-cyclique.

Il ne faudrait donc pas se surprendre si dans l'avenir, comme on l'a déjà vu dans le passé, ce « contre-cycle » crée, à un moment donné, de telles pressions sur les finances

publiques et sur l'ensemble du système de santé et de services sociaux que l'État veuille recourir à la « désassurance » subite et non sélective de services, sans préavis, pour équilibrer ses dépenses et ses revenus. La Commission considère que, sans transition, cela laisse dans le vide une large partie de la population qui n'est pas assez pauvre pour bénéficier des services aux démunis, ni assez riche ou organisée pour bénéficier de régimes d'assurance privée ou collective.

L'autre solution consiste à élargir, de manière temporaire ou permanente, des régimes d'assurance obligatoires du type de l'assurance médicaments; ceci rend transparents les coûts reliés à une couverture de services définis. La Commission reconnaît que cette formule comporte des inconvénients, dont une administration plus complexe et probablement plus coûteuse. En contrepartie, elle permettrait d'offrir une protection universelle pour des services peu ou non assurés par l'État, ce qui est sans contredit préférable à la désassurance pure et simple.

Par ailleurs, la démographie québécoise nous oblige à prévoir une augmentation rapide des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment en soins de longue durée, à domicile comme en hébergement. Cette dimension fera l'objet d'une recommandation spécifique de la Commission. C'est un autre facteur qui créera une pression fiscale croissante sur les revenus des contribuables actifs d'ici 10 ans et qui se poursuivra dans les 30 années à venir. La Commission considère qu'il serait socialement avisé de prévoir cette transition démographique en examinant à court terme la possibilité de créer un régime d'assurance capitalisé, portant sur ce risque de perte d'autonomie individuelle autant que sur le risque collectif d'une trop grande pression sur les recettes fiscales futures.

Enfin, plusieurs pays, notamment les pays scandinaves comme la Suède, la Finlande et le Danemark, ont mis en place depuis plusieurs années une utilisation modulée du recours aux franchises et aux coassurances qui respectent les valeurs de solidarité et d'équité à l'égard des plus démunis. Ces notions devront sûrement être réexaminées au cours des prochaines années.

4.3.3.1 LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE DU GOUVERNEMENT DU CANADA

Pendant les travaux de la Commission, une nouvelle entente est intervenue entre les

gouvernements provinciaux et le gouvernement du Canada concernant le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Sur la période de 2000-2001 à 2005-2006, le gouvernement fédéral versera ainsi aux provinces, en espèces, un montant additionnel de 21,1 milliards de dollars.

Le gouvernement fédéral a également annoncé la création de trois fonds : le Fonds pour les appareils médicaux (1 milliard $), le Fonds des technologies de l'information sur la santé (500 millions $) et le Fonds pour l'adaptation des services de santé-soins primaires (800 millions $) (voir tableau 8).

TABLEAU 8 **Engagements de financement du gouvernement du Canada à l'appui des ententes sur la réforme de la santé et sur le développement de la petite enfance (En milliards $)**

	Loi actuelle				Après la loi actuelle		Nouvel argent total
	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	
Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux-							
Montant du transfert actuel en espèces (1)	15,5	15,5	15,5	15,5	15,5(2)	15,5(2)	--
Hausse générale du transfert en espèces		2,5	3,2	3,8	4,4	5,0	18,9
Développement de la petite enfance		0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	2,2
Total du TCSPS en espèces	**15,5**	**18,3**	**19,1**	**19,8**	**20,4**	**21,0**	**21,1**
Fonds pour les appareils médicaux	0,5	0,5					1,0
Technologie de l'informations sur la santé	0,5						0,5
Fonds pour l'adaptation des services de santé – soins primaires		0,2	0,2	0,2	0,2		0,8
Total en espèces (3)	**16,5**	**19,0**	**19,3**	**20,0**	**20,6**	**21,0**	**2,3**
TCSPS en points d'impôt	15,3	15,8	16,5	17,2	18,0	18,8	
TCSPS total	30,8	34,1	35,6	37,0	38,4	39,8	23,4
Financement total	**31,8**	**34,8**	**35,8**	**37,2**	**38,6**	**39,8**	**23,4**

- Le TCSPS appuie les programmes des provinces et territoires dans les secteurs de la santé, de l'enseignement post-secondaire et des services sociaux.

(1) Les transferts en espèces actuels comprennent les sommes supplémentaires prévues dans le budget de 1999 (3,5 milliards de dollars) et dans le budget de 2000 (2,5 milliards de dollars).

(2) La loi actuelle est en vigueur jusqu'en 2003-04. Le montant en espèces de base pour les années subséquentes est de 15,5 milliards de dollars.

(3) La somme du total du TCSPS en espèces et du financement prévu pour les mesures non visées par le TCSPS.

Source : Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, Réunion des Premiers ministres (communiqué), Ottawa, 11 septembre 2000.

Pour le Québec, cela signifie qu'après plusieurs années de diminution du montant total du TCSPS, un certain redressement aura lieu. L'évolution des transferts financiers incluant les fiducies au titre du TCSPS pour le Québec de 1980 à 2005 est illustrée ci-après au tableau 9.

TABLEAU 9 **Transferts financiers du TCSPS en espèces (En millions $)**

	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada
1980-1981	2 425	2 528	625	872	7 854
1985-1986	4 059	4 113	1 160	1 712	13 435
1990-1991	4 727	5 409	1 526	1 951	16 385
1993-1994	5 571	6 300	1 625	2 190	17 810
1998-1999	3 866	3 847	861	1 818	12 500
2000-2001	4 141	5 235	1 290	2 328	15 500
2003-2004	4 910	7 004	1 787	2 931	19 800
2005-2006	5 150	7 477	1 909	3 151	21 000

Source : Ministère des Finances du Canada, 17 octobre 2000.

Ainsi on constate que, malgré un certain redressement, ce transfert n'atteindra que 5 150 millions de dollars en 2005 alors qu'il a culminé à 5 571 millions en 1993-1994. Les sommes additionnelles cumulatives provenant des nouveaux investissements du TCSPS pour le Québec apparaissent au tableau 10.

TABLEAU 10 **TCSPS, septembre 2000, investissements en espèces de 2001-2002 à 2005-2006 (Sur une base égale par habitant) (En millions $)**

	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Total
Québec	667,8	853,9	1 014,5	1 149,9	1 283,9	4 970,0
Ontario	1 065,0	1 374,9	1 648,5	1 885,1	2 122,3	8 095,8
Alberta	276,8	357,4	428,1	488,5	549,2	2 099,9
Colombie-Britannique	372,3	481,4	578,8	664,5	751,8	2 848,9
Total – Provinces et territoires	**2 800,0**	**3 600,0**	**4 300,0**	**4 900,0**	**5 500,0**	**21 100,0**

Source : Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, Réunion des Premiers ministres (communiqué), Ottawa, 11 septembre 2000.

TABLEAU 11 **Fonds pour l'acquisition de matériel médical (Sur une base égale par habitant) (En millions $)**

	2000-2001	2001-2002	Total
Québec	119,9	119,2	239,1
Ontario	189,5	190,2	379,6
Alberta	49,1	49,4	98,5
Colombie-Britannique	66,2	66,5	132,7
Total - Provinces et territoires	**500,0**	**500,0**	**1 000,0**

Source : Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, Réunion des Premiers ministres (communiqué), Ottawa, 11 septembre 2000.

Pour ce qui est des trois nouveaux fonds, le Fonds pour les appareils médicaux apportera au Québec environ 120 millions par année pour les années 2000-2001 et 2001-2002 (tableau 11). Le Fonds des technologies de l'information limité à 2000-2001, devrait permettre au Québec de bénéficier de projets financés pour un maximum de 120 millions de dollars. Enfin, le gouvernement du Québec devrait bénéficier d'un montant d'environ 35 millions par an, pendant quatre ans, à compter de 2001-2002, dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des services de santé – soins primaires.

Tout en améliorant la situation, la hausse du TCSPS ne rétablira pas à son niveau de 1994-1995 la contribution fédérale. Cette contribution comprend une bonne part du TCSPS, mais est également alimentée à partir de la péréquation et d'autres programmes, comme ceux des services aux vétérans ou aux communautés autochtones. Même en additionnant la part du Québec à ces fonds, l'écart annuel demeure à près de 3 milliards, sur la base des règles de financement prévalant en 1994, selon les estimés du MSSS.

Il appartient au gouvernement du Québec et à ceux des autres provinces d'évaluer si le niveau de contribution dans le cadre du TCSPS est satisfaisant par rapport aux prévisions de croissance des dépenses de santé et de services sociaux au cours des prochaines années, ou s'il y a lieu de rouvrir la discussion avec le gouvernement du Canada.

La Commission considère cependant que ces fonds sont à la fois trop ponctuels et trop minces par rapport aux besoins du Québec et c'est sans doute le cas de toutes les provinces. Le gouvernement du Québec devrait proposer au gouvernement fédéral de consacrer des ressources au moins cinq à six fois plus élevées, réparties sur une période

de cinq à six ans, aux trois priorités suivantes. Le renouvellement des équipements médicaux, l'implantation des technologies de l'information et l'adaptation des services sociaux et de santé de 1re ligne sont essentiels pour supporter la transition de notre système vers une performance beaucoup plus satisfaisante. Ces besoins, perceptibles partout au Canada, nécessiteront des investissements équivalant à des dizaines de milliards de dollars au cours des cinq ou six prochaines années. Le gouvernement du Canada, à défaut de redresser ses transferts en espèces sur la base du programme de 1994-1995 et indexés en fonction de la croissance des besoins, a certainement la responsabilité de financer au moins les coûts de transition. Nous considérons aussi qu'il devrait également financer, selon l'esprit de programmes d'infrastructure utilisé dans d'autres domaines, un semblable plan de remise à niveau des actifs immobiliers. Ceux-ci ont en effet de grands besoins d'amélioration suite à la désuétude ou leur inadaptation à de nouveaux équipements. D'ailleurs, depuis 10 ans, le vieillissement du parc immobilier est largement dû au désengagement financier du gouvernement du Canada.

UNE STRATÉGIE D'INVESTISSEMENT DANS LES INFRASTRUCTURES

R-21 Dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux nous recommandons :

- **Que le gouvernement du Québec, en association avec les autres provinces propose une stratégie d'investissements majeurs dans les infrastructures technologiques, médicales, dans les systèmes d'information et dans les immobilisations;**
- **Que des ressources considérables soient ajoutées au niveau des soins primaires pour adapter ces services;**
- **Que ces contributions soient établies sur une période de transition de cinq ans et reconnaissent la responsabilité du gouvernement du Québec de fixer ses priorités et d'administrer les fonds.**

4.3.4 L'ALLOCATION DES RESSOURCES

Les modes d'allocation des ressources financières, de même que les modes de rémunération et le paiement des acteurs, doivent être conséquents avec les grands objectifs poursuivis par le système de santé et de services sociaux.

La distribution des ressources, aussi bien pour l'allocation des ressources financières aux régions comme aux établissements, que pour les modes de rémunération et de paiement des acteurs, constitue l'instrument le plus fort et le plus adéquat dont dispose l'État pour infléchir l'organisation des services et obtenir la performance recherchée, autant sur le plan clinique que financier.

La Commission ne saurait trop insister sur l'importance qui devrait être accordée à ce sujet par le Ministère et le Conseil du trésor avec l'appui de tout le gouvernement. Un changement d'approche fondamental s'impose. Ce changement sera très exigeant pour les autorités centrales et pour le réseau car il remet en cause des façons de faire instaurées voilà une trentaine d'années.

À la base, les établissements doivent disposer de systèmes d'information permettant de connaître leurs coûts de revient, par activités types ou épisodes de soins ou de services, de même que les volumes de services réellement produits. Deuxièmement, la distribution des ressources, par le biais de l'allocation des budgets aux régions et aux établissements, la rémunération et le paiement des acteurs, ne doit plus se faire sur une base historique, mais en fonction de l'organisation des services souhaitée, des besoins de la population et de la performance de chacun. Sans une volonté ferme du gouvernement de s'engager résolument dans cette direction, celui-ci devra verser de plus en plus de fonds dans le système, et ce, sans que ni la dynamique ni les services ne s'améliorent de façon satisfaisante.

4.3.4.1 L'ALLOCATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES AUX RÉGIONS ET AUX ÉTABLISSEMENTS

Au Québec, l'allocation des ressources s'effectue principalement sur une base historique, tant dans les régions que dans les établissements. C'est un mode d'allocation « en silos », d'abord entre le Ministère et la RAMQ, mais aussi entre les régies régionales et les établissements. Les régies régionales ont fréquemment souligné les difficultés que pose cette méthode de répartition des ressources et réclamé davantage d'équité, c'est-à-dire en fonction des besoins réels.

La Commission met donc plutôt de l'avant une conception « populationnelle », territoriale et intégrée de l'organisation des services. Elle propose de se donner les

moyens d'implanter la mesure de la performance clinique et financière. Elle préconise de modifier la vision hiérarchique et bureaucratique et de la remplacer par des rapports contractuels entre les composantes du système, avec une évaluation par le client des résultats du fournisseur.

Les modes d'allocation des ressources financières doivent changer en conséquence. À moyen terme, il faut chercher à la fois à intégrer les enveloppes de tous les niveaux, assurant ainsi une fluidité budgétaire et à budgétiser par épisodes de soins et de services, sur la base des meilleures pratiques et en fonction des volumes réels. Cela permettra de combler progressivement les écarts entre les établissements en fonction des plus performants et non des plus gourmands.

Il faut donc viser, d'ici quelques années, à répartir le budget des régions selon une méthode de per capita pondéré. En contrepartie, chaque région serait financièrement responsable de la consommation de services de sa population, peu importe le lieu. La budgétisation des services de 1re ligne au niveau local devrait se faire rapidement sur une base « populationnelle » et/ou territoriale, le cas échéant, et en fonction de la performance des producteurs de services. Les centres hospitaliers et les CHSLD devraient être budgétisés sur la base des épisodes de soins, en fonction de leur volume de production et de leur performance, selon les orientations fournies par le Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des établissements, présidé par M. Denis Bédard. À très court terme, plusieurs territoires arriveront ainsi à disposer d'une bonne fluidité budgétaire en instaurant des conseils d'administration unifiés et en mettant fin aux « silos » résultant de l'allocation des ressources par établissement.

Il importe aussi de faciliter l'approche « achat de services » au sein même du réseau, de la 1re vers la 2e ligne et de la 2e vers la 3e, partout où on peut implanter le concept et assurer les contrôles appropriés. Ce qui aidera grandement à budgétiser selon la performance. Cette approche est donc souhaitable, en particulier pour les équipes cliniques des réseaux de services intégrés en première ligne, pour les CLSC et tous les établissements qui doivent mettre en place des corridors de services.

4.3.4.2 LES MODES DE RÉMUNÉRATION ET DE PAIEMENT DES ACTEURS

Il est sûrement utile de rappeler à quel point les services de santé et les services sociaux

sont dispensés par une très vaste main-d'œuvre. Plus de 80 % du budget est consacré à la rémunération.

Rappelons que la négociation des conditions de travail et salariales de tous les cadres, employés syndiqués et professionnels de la santé est centralisée. Les objectifs stratégiques poursuivis par cette approche sont de mieux contrôler l'évolution du coût global et d'assurer une équité nationale. Dans l'ensemble, on reconnaît généralement que ces objectifs sont atteints.

Au cours des audiences régionales et nationales, beaucoup de gestionnaires et des représentants de diverses organisations ont cependant remis en question la politique de rémunération du gouvernement autant pour les cadres et les médecins que pour les employés syndiqués. La critique ne concernait pas le niveau des salaires, mais l'ensemble du « normatif » qui traduit également une vision du fonctionnement du système et constitue en soi un mode de rémunération et de paiement.

La Commission n'a pas disposé du temps nécessaire pour documenter ces affirmations mais la fréquence et la convergence des commentaires nous incitent à attirer l'attention du gouvernement sur cet enjeu. On reproche, de façon globale, aux autorités centrales de compenser des niveaux de salaires moins élevés par des modes de rémunération axés sur des « bénéfices de convention » comme des règles de travail rigides, mais ceci se rattache plus au statut d'employé syndiqué qu'à la prestation de services proprement dite. On a aussi fait état au chapitre 3 du coût élevé de l'assurance-salaire et de la CSST. Un tel fonctionnement est peu compatible avec la recherche de la performance.

De l'avis de plusieurs gestionnaires, ce mode de rémunération aurait favorisé une croissance rapide des heures payées non travaillées au cours des dernières années, au détriment des heures réellement travaillées au service de la clientèle. Par exemple, un relevé effectué dans les centres hospitaliers de la région de Montréal-Centre est révélateur à cet effet. Entre 1991-1992 et 1999-2000, le nombre d'heures travaillées, c'est-à-dire consacrées directement ou indirectement à dispenser des services, a diminué de 14,8 %, contre seulement 9,1 % pour les heures non travaillées. Sur le plan des coûts, ceux des heures travaillées ont diminué de 4,2 % alors que ceux des heures non travaillées ont augmenté de 6,6 % durant la même période. En 1999-2000, près de 30 % des dépenses de rémunération étaient consacrées aux heures non travaillées et aux charges sociales. Ce pourcentage augmente régulièrement depuis 10 ans. Conclusion :

une grande partie de l'argent neuf investi ne se traduirait donc pas en services aux clients. Autre exemple, l'absence d'une véritable politique de rémunération basée sur l'atteinte des résultats pour les cadres. Les bonis liés aux résultats sont modestes et n'ont que peu de rapport avec des objectifs de satisfaction de la clientèle ou des résultats financiers qui mesurent la performance. Ainsi, des cadres d'établissements en déficit à répétition peuvent se voir verser des bonis.

Dans le cas des médecins, on montre du doigt depuis longtemps la rémunération à l'acte et les plafonds comme étant des éléments peu compatibles avec les objectifs actuels et encore moins avec ceux proposés par la Commission.

L'ensemble de ces commentaires pointe dans la même direction : il faut mener une analyse globale et en profondeur de tous les modes de rémunération et de paiement des acteurs en vue de s'assurer que ceux-ci, autant pour les cadres, que pour les médecins et les syndiqués, valorisent le travail, la performance, la productivité et l'atteinte des objectifs globaux.

LA REVISION DES MODES D'ALLOCATION DES RESSOURCES

R-22 Nous recommandons:

- **Que le Ministère et le Conseil du trésor révisent les modes d'allocation des ressources en conformité avec les objectifs poursuivis en termes d'organisation des services, d'incitations à la productivité et des résultats recherchés;**
- **Qu'ils adaptent les modes de rémunération et de paiement des acteurs selon une approche similaire.**

4.3.5 LA LOI CANADIENNE ET L'ÉVALUATION CONTINUE DU PANIER DE SERVICES ET DES TECHNOLOGIES MÉDICALES

La protection actuelle des services de santé et des services sociaux est issue des concepts d'assurance-hospitalisation, instaurée dans les années 1960, et d'assurance-maladie, qui date des années 1970. Elle est donc dictée par l'histoire plutôt que par les besoins actuels.

4.3.5.1 LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS

Le panier québécois de services de santé et de services sociaux assurés résulte d'un processus historique et non d'un processus d'évaluation continue de la pertinence sociale ou clinique des services. On peut dire que le panier de services, encore fortement marqué de ces concepts des années 1960 et 1970, ne tient pas compte de l'évolution sociale, démographique, épidémiologique et technologique.

De plus, pour répondre aux nouveaux besoins, les gouvernements successifs ont créé des programmes complémentaires non intégrés. Ils ont reconnu un droit au service en fonction des ressources disponibles selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ce droit sert aujourd'hui de base à des recours judiciaires, ce qui illustre bien son imprécision.

Avec le temps, il en résulte que le citoyen perçoit de moins en moins bien la cohérence du panier de services assurés. En principe, ce panier est très large mais, en pratique, les budgets limités et les délais d'attente font en sorte que certains services sont parfois peu accessibles. Formellement, les citoyens et les politiciens rejettent la création d'un système à deux vitesses. En pratique, des ressources trop limitées pour un panier de services large, mal défini et souvent peu cohérent, favorisent la confusion et le développement de zones grises.

De plus, la loi canadienne et ses règlements, a non seulement édicté des principes généraux qui font encore largement consensus, mais elle a fixé les services assurés. Avec le temps, cependant, elle est de moins en moins adaptée à une interprétation moderne d'équité, de solidarité et de compassion.

Par exemple, les soins à domicile et les soins ambulatoires ne sont pas couverts ni les médicaments qui peuvent remplacer l'hospitalisation, même s'ils coûtent moins chers. Par ailleurs, toute visite à l'urgence ou chez un médecin, quel que soit son objet, est obligatoirement gratuite alors que des services d'orthophonie pour de jeunes enfants, offerts en cabinet ou en centre de réadaptation, ne sont pas couverts. Ce ne sont que quelques exemples des iniquités résultant d'une loi devenue désuète.

Il suffirait cependant de quelques changements dans l'interprétation de cette loi pour dégager des sommes d'argent considérables qui pourraient être utilisées ailleurs dans le système et qui serviraient peut-être mieux les principes d'équité, de solidarité et de compassion.

Autre exemple, les services d'hôtellerie (repas, buanderie, entretien ménager) offerts en centres hospitaliers absorbent plus de 400 millions de dollars par an au Québec. Comment expliquer que ces services sont obligatoirement gratuits pour les usagers même s'ils n'y passent normalement que quelques jours alors que les adultes hébergés à long terme en CHSLD en paient pour 275 millions de dollars par année? Ferait-on davantage preuve de solidarité, d'équité et de compassion en prévoyant une contribution correspondant aux coûts réels sans priver personne de soins ni de nourriture, et en réinjectant ces fonds dans d'autres priorités ? Si l'on considérait ces frais sous un autre angle, on pourrait réinvestir par exemple 200 millions $ dans la réorganisation de la 1re ligne, les services à la jeunesse et les soins à domicile. Ne serait-ce pas préférable ?

La notion « d'administration publique » prévue par la loi canadienne fait en sorte que les ressources de diagnostic et de traitement sont concentrées à l'hôpital, pour en contrôler la gratuité. Ne serait-il pas plus logique et moins coûteux de garantir la gratuité ces services, plutôt que de forcer médecins et usagers à entrer par l'urgence de l'hôpital pour avoir accès à des tests diagnostiques gratuits, dans l'environnement le plus coûteux?

La production et la gestion privées de services financés publiquement est devenue banale dans des pays de tradition au moins aussi humaniste et collectiviste que la Suède et la France alors qu'elles sont dans les faits illégales dans le domaine hospitalier canadien.

La Commission n'avait pas le mandat de proposer une nouvelle interprétation des cinq principes de la loi canadienne. Nous soulignons simplement que les contraintes imposées par cette interprétation crée des iniquités bien réelles et qu'il devient urgent de la revoir. Comme société, quand nous choisissons une interprétation rigide, nous choisissons également d'affecter des centaines de millions de dollars au service de règlements figés plutôt qu'au service des personnes malades ou en besoin de services psychosociaux.

4.3.5.2 LES NOUVELLES TECHNOLOGIES

Le développement phénoménal des nouvelles technologies médicales et des nouveaux médicaments crée d'énormes pressions sur les coûts. À titre d'exemple, sans en minimiser les effets bénéfiques, l'arrivée continue de nouveaux médicaments, l'augmentation de leur consommation et le prix élevé de plusieurs d'entre eux, haussent de 15 à 20 % par an le budget de médicaments tant des assureurs collectifs que du régime public. La même tendance s'observe ailleurs. L'arrivée d'appareils de diagnostic ou de

traitement, toujours plus sophistiqués et coûteux, forcera à faire des choix éthiques continus et cruciaux. L'exemple du DAVI présenté au chapitre 1 est éloquent.

Des choix sont inévitables et il faudra sans aucun doute les partager avec la population. Les citoyens ont le droit de connaître exactement ce que contient le panier de services et ne pas demeurer dans le flou. Ils ont également le droit fondamental de se procurer ici ou ailleurs les services non couverts. Agir autrement, menace les valeurs d'équité et de solidarité entre les citoyens. Car si les services couverts le sont plus ou moins selon la nature des services requis, du lieu, des personnes, du moment de l'année, du budget de l'hôpital, de l'appréciation éthique du médecin, des services seront tantôt dispensés tantôt refusés sans égard à leur efficacité réelle. Cela peut être très coûteux pour le système et surtout injuste pour les personnes.

Instituer un mécanisme facilitant des choix objectifs selon l'intérêt général s'impose donc. Des choix fondés sur des faits probants, qui tiendront compte des valeurs et des ressources de notre société, de l'efficacité et de la valeur ajoutée de telle molécule, de tel traitement ou tel équipement diagnostique. Ce mécanisme devra maintenir un sain équilibre entre l'intérêt individuel et l'intérêt public, grâce à un système qui demeure généreux mais dont les ressources financières sont limitées.

Un tel mécanisme, qui pourrait être vraisemblablement implanté avec le concours de l'Agence d'évaluation des technologies médicales, du Conseil consultatif en pharmacologie et d'autres organisations existantes, servira à évaluer notre panier de services et à en contrôler l'évolution des coûts. C'est ainsi que nous arriverons à une plus grande pertinence, qualitée et équité du panier de services assurés.

LA REVISION DU PANIER DE SERVICES ASSURES

R-23 Nous recommandons :

- **Que le gouvernement se dote, par loi, d'un mécanisme hautement crédible qui aurait pour objectif d'évaluer et de réviser constamment le panier de services assurés, les nouvelles technologies médicales et les nouveaux médicaments;**
- **Qu'il soit composé d'experts scientifiques, médicaux, d'« éthiciens » et de citoyens reconnus pour leur humanisme.**

La mise en œuvre de cette recommandation fera appel au sens des responsabilités et de l'intérêt public de nos élus, des groupes d'intérêt, et, au bout du compte, de tous. Si nous ne nous donnons pas la capacité de faire des choix aussi objectivement et sereinement que possible en cette matière, nous choisissons, en fait, de glisser toujours plus vers un système arbitraire et inefficace.

La Commission est consciente que, pour prendre tout son sens, cette approche nécessiterait des changements à la loi canadienne. Ces changements n'ont pas trait aux cinq principes, ils portent plutôt sur leur adaptation à la réalité contemporaine et aux ressources financières disponibles. Au cours de ses travaux, la Commission a pu constater que malgré le tabou qui semble entourer tout changement à cette loi, au Québec comme ailleurs au Canada, de nombreuses personnalités et organisations intéressées à la pérennité de notre système favorisent la tenue d'un débat à ce sujet. Le gouvernement du Québec devrait participer à ce débat en prenant l'initiative, dénuée d'idéologie et de partisanerie, de lancer cette démarche.

4.3.6 LE MONITORAGE DES FACTEURS DE CROISSANCE DES COÛTS

Au cours de nos consultations, les experts et la population ont évoqué diverses causes pour expliquer la croissance rapide des dépenses. Sans se prononcer sur le poids relatif de chacune, et sachant qu'elles sont interreliées, la Commission a retenu les plus fréquemment évoquées.

Certaines sont à caractère sociétal, comme :

- Une pauvreté marquée, malgré le contexte de croissance économique;
- Le vieillissement accéléré de la population.

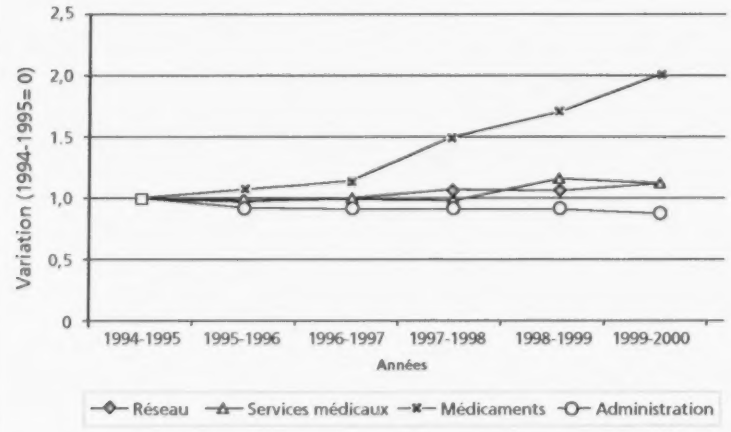
D'autres sont davantage d'ordre « instrumental » ou organisationnel:

- Le coût des médicaments;
- Le coût des technologies médicales;
- Le mode de rémunération global des cadres, des médecins et des travailleurs syndiqués;
- La budgétisation et le fonctionnement « en silos » ;

- La rigidité des conventions collectives et l'absence au travail;
- Le cloisonnement des professions et des tâches.

Si l'on adopte une gestion préventive, ces facteurs de croissance devraient faire l'objet de suivis très serrés par les niveaux de gouverne appropriés. Or, la Commission a été surprise de constater que les principaux facteurs de croissance accélérée des dépenses, dont tout le monde parle, ne font l'objet d'aucun monitorage ni de suivi spécifique, que ce soit à l'échelon national, régional ou local. Le graphique 9 illustre la progression de certains de ces grands ensembles. En bref, ces facteurs de croissance sont gérés passivement plutôt qu'activement.

GRAPHIQUE 9 **Variation des dépenses totales brutes du système public de santé, selon 4 grands vecteurs, 1994-1995 – 1999-2000**



Source : Bédard Denis, *Le financement des soins sociosanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, ENAP, Québec, Janvier 2000.

Au cours de la dernière décennie, on a eu plutôt tendance à considérer comme une fatalité la croissance de ces coûts, aussi les mesures prises pour y faire face ont souvent été radicales et réactives pour rencontrer les contraintes budgétaires. La désassurance, les compressions horizontales qui se sont traduites en déficits plus tard et le programme de départs volontaires massifs, voilà les résultats les plus tangibles d'une gestion réactive plutôt que prospective devant une dynamique pourtant bien prévisible.

UN PLAN DE MONITORAGE DES PRINCIPAUX FACTEURS DE CROISSANCE

R-24 Nous recommandons :

- **Que le MSSS et le Conseil du trésor se dotent d'un plan de monitorage spécifique de chacun des principaux facteurs de croissance de la dépense de santé et de services sociaux;**
- **Qu'il rende compte annuellement de leurs constatations et actions.**

Il faut de l'avis de la Commission, qu'à chaque niveau de gestion, ces facteurs de croissance fassent l'objet d'un monitorage régulier en vue de mieux les connaître et les maîtriser.

Prenons l'exemple des médicaments. Devant l'évolution de ces coûts, les gestionnaires se doteraient d'un plan d'action pouvant comprendre les mesures suivantes :

- Ajustement à court terme du mandat du Conseil consultatif en pharmacologie pour renforcer les critères d'inscription des médicaments sur la base de critères coûts-efficacité;
- Accélération des programmes d'utilisation optimale des médicaments;
- Mise en place de mécanismes d'information indépendants et d'une analyse des nouveaux médicaments « on line » à diffuser auprès de tous les médecins et pharmaciens, quel que soit leur lieu de pratique;
- Campagne d'information auprès de la population;
- Concertation avec les assureurs privés;
- Révision constante du panier de médicaments assurés et du taux de franchise selon des critères objectifs et équitables;
- Ajustement du rôle professionnel des pharmaciens.

En menant une revue de gestion annuelle et publique de ce plan de monitorage, à l'occasion par exemple du discours sur le budget, tous les gestionnaires, de même que les citoyens, verraient clairement les décisions à prendre pour maîtriser l'évolution globale des coûts.

4.3.7 L'EFFICACITÉ ET L'EFFICIENCE

Tout au long des consultations et des auditions, la Commission a reçu de multiples suggestions visant la réalisation d'économies, de gains d'efficience ou d'efficacité dans la gestion globale de notre réseau, à court, moyen et long terme. En règle générale, ces suggestions voulaient faire appel à plus de souplesse opérationnelle et à la stabilité d'un management disposant d'une marge de manœuvre réelle et orientée strictement vers les résultats.

UN PROGRAMME D'ACTION PRIORITAIRE POUR LA GESTION DU RESEAU

R-25 Nous recommandons :

> **Que le MSSS déploie un programme d'action prioritaire visant l'efficacité et l'efficience dans la gestion globale du réseau**

Nombre de ces suggestions, retenues puis discutées, ont trouvé place dans nos recommandations. Voici une brève liste, non exhaustive, de ces propositions qui, si on sait les appliquer, auront un impact financier positif. Figurent aussi d'autres suggestions provenant des mémoires reçus ou de présentations à la Commission qui, elles aussi, méritent l'attention du lecteur bien qu'elles ne fassent pas l'objet de recommandations.

4.3.7.1 RECOMMANDATIONS DÉJÀ TRAITÉES DANS CE DOCUMENT

Implantation de la carte à puce et du dossier clinique informatisé partageable

Tous les cliniciens et la grande majorité des consommateurs ont déclaré leur appui à ce projet, sous réserve de la protection la plus étanche en fait de confidentialité. Bien que cette recommandation cherche à éviter des délais, la multiplication des tests inutiles et des pertes de temps tant aux usagers qu'aux professionnels, la Commission reconnaît que sa mise en application aura un impact financier de taille.

Révision des modes de budgétisation des établissements

Les travaux du Comité sur la révision des modes de budgétisation des établissements,

présidé par M. Denis Bédard, ont suscité, dans toutes les régions et toutes les catégories d'établissements, un intérêt pour une budgétisation basée sur les meilleures pratiques, les caractéristiques des clientèles, des activités et du volume. Ce comité devrait travailler à définir la performance ainsi que les outils permettant d'établir des mesures d'étalonnage qui serviront à élaborer les divers budgets.

Ces travaux stratégiques représenteront un puissant levier permettant de développer des systèmes d'information, de gestion et d'indicateurs de performance axés sur les résultats plutôt que sur les processus.

L'instauration de conseils d'administration unifiés

La création de conseils d'administration unifiés sur des territoires délimités, dotés de pouvoir quant à la fluidité des budgets et à la mobilité locale de la main-d'œuvre, générerait des gains d'efficacité et d'efficience tangibles.

Les mesures d'imputabilité, de reddition de comptes et de contrats de performance

Le mise en œuvre de mesures d'imputabilité claires à tous les niveaux, de tableaux de bord, de contrats de performance, sont autant d'éléments qui auront un impact financier positif non négligeable, ou qui dégageront du temps précieux pouvant être consacré aux besoins des usagers.

Le principe de subsidiarité dans l'utilisation des ressources

Le recours aux ressources les plus pertinentes et les moins coûteuses augmentera l'efficacité du système. En gestion des ressources humaines, l'application des principes de subsidiarité permettra de rendre les services à la population au meilleur coût possible.

L'implantation d'un Info-Social

Le regroupement, au sein d'un même « portail » téléphonique universel, des services d'évaluation à distance et de référence immédiate en matière de santé physique et psychosociale pourrait avoir un impact bénéfique sur tous les services sociaux et de santé, comme ce fut le cas d'Info-Santé.

La restructuration des services de support et de soutien

La proposition de restructuration concertée des services de support et de soutien en unités autonomes de service devrait permettre d'investir des montants substantiels et de réorganiser le travail de manière à la fois favorable aux travailleurs et propices à l'efficience.

4.3.7.2 AUTRES MESURES D'ÉCONOMIE ENTENDUS LORS DES CONSULTATIONS

Une meilleure visibilité des coûts de la santé et des services sociaux

La contribution fiscale, par l'entremise des impôts sur le revenu, devrait figurer clairement sur la déclaration d'impôt des particuliers et un relevé de services devrait être inclus dans la future carte-santé, afin de sensibiliser le citoyen au coût des services.

Centralisation des achats

Le morcellement des achats entre une douzaine de corporations régionales n'a plus sa raison d'être. Un système d'approvisionnement central et informatisé, avec livraison aux points de service, permettrait des économies substantielles. Une saine distinction entre les produits et services courants tels des couches, seringues, draps, thermomètres et des équipements stratégiques permettrait de réaliser des économies à coup sûr.

Le triage à l'urgence

Des infirmières formées, compétentes et autorisées à exercer ces tâches, pourraient accélérer le triage à l'urgence et référer, s'il y a lieu, les personnes aux cliniques médicales offrant un service sans rendez-vous.

L'adhésion à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Si le Québec veut s'inscrire dans une approche de performance, il devrait adhérer à l'ICIS. Le balisage avec d'autres établissements, pour mesurer les services dispensés dans un contexte similaire, est essentiel. Le Québec devrait même chercher à raffiner les comparaisons internationales au sein de l'ICIS en vue de mieux évaluer sa propre performance.

4.3.8 UNE POLITIQUE CADRE DE PARTENARIAT AVEC LE SECTEUR PRIVÉ ET LE TIERS SECTEUR

Pour la production et la gestion de services, la Commission considère que la participation du secteur privé, avec ou sans but lucratif, et du secteur communautaire est à réexaminer, sous l'angle d'un complément à la production du secteur public et non sous un angle idéologique. La production ou la gestion de services par des entreprises privées, des professionnels indépendants, ou ce qu'on appelle de plus en plus le tiers secteur, peut facilement être encadrée par l'État sans aucunement remettre en cause le financement

public ni s'ingérer dans l'administration interne de ces organisations. La preuve en a été faite dans de plusieurs pays occidentaux et ici même au Québec.

Rappelons, à titre d'exemple, que 25 % des CHSLD sont privés et conventionnés, que les médecins sont à peu près tous des professionnels indépendants et qu'il existe à l'échelle du Québec des entreprises d'économie sociale offrant des services à domicile. Tous apportent une contribution très appréciée à notre communauté.

Au Québec comme au Canada, on met souvent en opposition la production et la gestion de services de santé et de services sociaux par le secteur public, le secteur privé et le tiers secteur. La production de services ou par des entreprises privées lucratives, par des entreprises de l'économie sociale ou par des organismes communautaires, est souvent perçue comme la porte ouverte au financement privé des services ou au délestage des responsabilités de l'État. Tout cela crée un climat de confrontation qui surprend généralement les experts étrangers. Dans la plupart des pays disposant de services de santé financés publiquement, comme en Scandinavie et en Europe de l'Ouest, le degré de financement public est souvent bien plus élevé qu'au Canada. Mais la contribution des entreprises privées et du tiers secteur est plus grande et ne représente guère un enjeu. En réalité, la production et la gestion « non gouvernementales » y sont plus élevées et la cohabitation de ces trois secteurs de production de services financés publiquement est généralement considérée comme un acquis.

UNE POLITIQUE CADRE DE PARTENARIAT

R-26 Nous recommandons :

- **Que le gouvernement du Québec se dote d'une politique cadre de partenariat avec le secteur privé et le tiers secteur;**
- **Que cette politique permette d'accélérer les investissements nécessaires à l'adaptation des services aux nouvelles réalités et améliore l'accessibilité aux services à tous, sans égard à leur revenu.**

La Commission considère qu'il est temps pour le Québec de se doter d'une politique cadre de partenariat en matière de santé et de services sociaux, notamment avec le secteur privé et le tiers secteur. Une série de balises devraient guider une telle politique. Le partenariat avec le privé dans la production et la gestion de services ne doit pas être l'occasion d'une

privatisation du financement. Le partenariat doit profiter à tous les citoyens sur deux plans : l'accessibilité des services et la réduction de l'effort financier du gouvernement. Il doit aussi contribuer à améliorer le bon fonctionnement général du réseau. Il revient cependant au secteur public de contrôler la qualité des services et l'application de toutes les règles d'éthique. Le partenariat doit aussi favoriser l'émergence d'entreprises privées sans but lucratif, lorsque les circonstances s'y prêtent. Enfin le partenariat ne doit pas être l'occasion de précariser les emplois existant dans le secteur public.

Le type de partenariat proposé par la Commission n'a donc pas le profil souvent évoqué de l'impartition au secteur privé des services alimentaires ou des buanderies des hôpitaux. Une proposition à ce sujet figure dans une recommandation pour une « corvée investissements ».

Nous proposons plutôt un partenariat dans des domaines en développement, comme dans les secteurs où les besoins d'investissement sont considérables et/ou l'offre de services doit s'adapter rapidement à l'évolution technologique, sociale et démographique. Voilà autant d'occasions d'améliorer les services et de contribuer du même coup au développement social et économique du Québec.

Déjà, la participation du privé et du tiers secteur à des grands projets publics a sans conteste contribué au développement économique et social du Québec. Il est temps de démontrer que le domaine de la santé et des services sociaux est aussi un secteur d'avenir pour le développement général du Québec et ne constitue pas seulement un objet de dépense. Le réseau public, l'entreprise privée et le tiers secteur peuvent y contribuer.

4.3.8.1 LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Aux Etats-Unis, l'industrie de la santé consacre environ 4 % de son budget annuel aux technologies de l'information. Au Québec, ce n'est qu'environ 1 %.

Il faudra donc consacrer des investissements massifs si l'on veut réaliser des gains de productivité essentiels. Si l'on veut réorienter notre réseau d'établissements, nos gestionnaires et nos cliniciens vers la performance, on ne saurait trop insister sur le développement de systèmes d'information axés sur l'appréciation des résultats et non sur la seule mesure des intrants comme c'est le cas actuellement. Ces systèmes devront bien sûr s'appuyer sur les technologies de l'information. Il y a donc lieu

d'informatiser les établissements, pour des fins administratives et cliniques, mais aussi pour partager l'information avec les professionnels en cabinet. Ceux-ci doivent être reliés au réseau. Enfin, il est essentiel d'implanter le dossier médical électronique et la carte à puce.

La création de consortiums privé-public, ou l'impartition sur une base d'affaires, permettrait d'accélérer la pénétration des technologies de l'information, diminuer les investissements requis par le Ministère et les établissements et d'encourager ces entreprises à exporter leur savoir-faire.

De plus, la Commission a constaté que la faiblesse des investissements s'accompagne d'une incertitude évidente dans le leadership et la coordination de la définition des besoins, de la sélection et de la réalisation des projets. Sans blâmer quiconque, il faut dire qu'en l'absence de budgets suffisants, d'un cadre de gestion opérationnel et d'une autorité centrale à même de prendre des décisions et de faire des partenariats, les établissements, les régies régionales et le Ministère ont été conduits à investir à la pièce. Il est donc essentiel que le Ministère trouve moyen de constituer un mandataire fort, flexible et imputable pour gérer les projets en partenariat avec le secteur privé et coordonner l'action des régies et des établissements.

4.3.8.2 L'OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

L'industrie pharmaceutique du Québec est un secteur de pointe grâce, entre autres, à la politique industrielle du gouvernement dans ce domaine. La principale critique à cet égard est que cette politique occasionnerait un coût additionnel d'environ 20 millions de dollars par an à la RAMQ.

La Commission recommande que les réseaux de services intégrés, tels que proposés au chapitre 2, fassent appel à la participation et au partenariat financier et de recherche de l'industrie pharmaceutique afin d'accroître non seulement la recherche biomédicale mais aussi de promouvoir et d'évaluer rigoureusement les meilleurs modes d'organisation, de prise en charge, d'utilisation des médicaments et du support aux «aidants ».

Il s'agit d'associer les milieux de gestion, cliniques et de recherche, les associations des patients et des « aidants » avec l'industrie. Ce partenariat public-privé dans le domaine

pharmaceutique augmentera le nombre de projets qualifiés de gestion thérapeutique, cofinancés par l'industrie et le Ministère. Ceci conduira à faire du Québec l'un des chefs de file dans le domaine de l'optimisation thérapeutique des médicaments. Les retombées iront autant aux professionnels de la santé, qu'aux malades, à la qualité des services, au contrôle des coûts et au développement de l'industrie pharmaceutique. Le Ministère ne doit pas être à la remorque de l'industrie mais, au contraire, promouvoir cette approche avec les milieux cliniques et ceux de la recherche.

4.3.8.3 LA RECHERCHE ET LE DÉVELOPPEMENT

À l'instar des technologies de l'information, les technologies médicales sont sans doute celles qui connaîtront un essor des plus fulgurants au cours des 20 prochaines années. Dans plusieurs secteurs de pointe, les centres hospitaliers universitaires, les universités et les entreprises privées du Québec possèdent le potentiel pour participer pleinement à ce boom à la fois scientifique et économique d'envergure mondiale.

Il existe déjà un partenariat entre le secteur public et le secteur privé, qui doit être davantage reconnu et encouragé. Celui-ci est essentiel pour conserver ici des équipes de recherche et de cliniciens de calibre mondial, capables de former des professionnels de la santé à la fine pointe des nouvelles technologies. Une approche de partenariat basée sur la valorisation des résultats de la recherche par des essaimages contribuera aussi au développement économique du Québec.

La production des 160 entreprises de produits pharmaceutiques et de technologies médicales s'élevaient à 2,8 milliards de dollars en 1998 et employaient 12 100 personnes. Les dépenses en recherche et développement pour les secteurs pharmaceutiques et biotechnologiques, y compris les contrats de recherche des universités, totalisaient 570 millions de dollars et 5 100 emplois en entreprise, seulement selon les données du ministère de l'Industrie, du Commerce et du Tourisme. Dans le domaine de la télésanté, on dénombrait 300 entreprises au Canada en 1997, avec un chiffre d'affaires de 350 millions de dollars et, selon les spécialistes, ce marché mondial atteindra les 250 milliards de dollars US d'ici quelques années.

Il s'agit donc d'un énorme potentiel de développement dans les domaines de la recherche, de l'utilisation optimale des médicaments, des biotechnologies et des technologies de l'information appliquées à la santé. D'après les spécialistes, le Québec

devrait viser une progression annuelle de l'activité de recherche et développements industriels de 15 % dans l'ensemble des domaines de la santé.

4.3.8.4 LES SERVICES DE LONGUE DURÉE

La Commission propose, dans le contexte de la mise sur pied de réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie, une importante mise à niveau des services et soins à domicile pour personnes en perte d'autonomie, de même que pour l'hébergement en centres de soins de longue durée. Les besoins actuels et futurs des personnes âgées connaîtront une croissance très rapide au cours des prochaines années et l'offre de services croîtra, de façon plus ou moins ordonnée, dépendant des politiques gouvernementales.

Du côté du soutien à domicile, un nouveau secteur émerge depuis les dernières années, les entreprises d'économie sociale. La Commission croit que cette formule qui allie la souplesse du secteur privé et l'approche humaniste des entreprises communautaires, sans but lucratif, est à privilégier et à soutenir tout en permettant une compétition loyale avec des entreprises lucratives locales ou régionales.

En ce qui concerne les ressources d'hébergement, la Commission note que les besoins, de divers niveaux, iront également croissant. Les expériences d'achat de places dans le secteur privé, la bonne tenue des établissements reconnus par le Ministère, le coût, la souplesse et la diversité des formules possibles, de même que les analyses du Ministère, nous amènent à recommander d'orienter les CHSLD vers les clientèles les plus lourdes et de modifier en conséquence leurs équipements et leurs budgets. La plupart des développements de nouvelles places, sauf exception, devraient être faits en recherchant une saine compétition dans le secteur privé, sur des bases contractuelles, à durée déterminée variable.

Notons aussi qu'il serait possible de favoriser l'émergence de ressources privées sans but lucratif pour peu que l'État encourage de telles formules et que les communautés locales s'y impliquent. En procédant ainsi, l'État s'assurera d'une offre de services adéquate et flexible sans en avoir la gestion quotidienne, ni l'obligation d'investir à nouveau massivement dans le béton. Nous croyons enfin que les CLSC et les régies régionales sont à même d'assurer un contrôle de la qualité de ces ressources.

4.3.8.5 LES SERVICES À LA PERSONNE ET À LA COMMUNAUTÉ PAR LE TIERS SECTEUR

Le tiers secteur est actif dans la distribution des services et joue également un rôle de premier plan dans la définition des besoins de la communauté. Issu de la dynamique communautaire, il porte en lui une grande sensibilité aux besoins sociosanitaires. Soucieux et jaloux, à bon droit, de son autonomie, il est un partenaire efficace et incontournable dans la production de services. Polyvalent et multiforme, il assume une responsabilité sociale irremplaçable dans la dynamique socioéconomique québécoise.

> ***« Les organismes communautaires font partie, avec les entreprises d'économie sociale, les organismes bénévoles et autres entreprises à but non lucratif, de ce qu'on appelle de plus en plus le tiers secteur de l'économie. »*** [34]

Ce tiers secteur s'est développé rapidement au cours des 20 dernières années dans le domaine de la santé et des services sociaux . De plus l'arrivée des chantiers de l'économie sociale, après le sommet économique de 1996, marque une étape importante dans ce développement. À elle seule, l'économie sociale génère actuellement environ 3 800 emplois.

En 1994, le réseau des organismes communautaires comptait, de son côté, « un volume équivalant à 13 200 emplois à temps plein[35] ». C'est dire qu'aujourd'hui, environ 20 000 personnes, travaillant à l'intérieur de ce que l'on appelle le tiers secteur, apportent une contribution essentielle dans la production de services, en particulier des services à la personne et à la communauté.

Le tiers secteur, il faut le souligner, est souvent celui qui intervient le plus sur le plan des déterminants de la santé, c'est-à-dire du côté social de la réalité sanitaire. Qu'on pense, à titre d'exemples, aux carrefours jeunesse emploi, aux centres locaux d'emploi, aux entreprises d'insertion, aux entreprises de récupération et de recyclage. De plus, le réseau communautaire dispense une large gamme de services de santé mentale, et ce, selon une approche la plus adaptée possible et la mieux intégrée dans le milieu.

34 Jean-Pierre Bélanger, Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), *Les organismes communautaires, une composante essentielle de ce tiers secteur*, p. 89, volume 12, no 2, décembre 1999.
35 Idem.

L'économie sociale, quant à elle, constitue un partenaire de taille dans les services à domicile, sans entraîner de substitution d'emplois au détriment des employés des CLSC. L'économie sociale occupe ainsi un champ d'intervention et de responsabilité que ne touche pas le système d'assurance public. « En somme, dans le domaine des services aux personnes, le modèle d'économie sociale ne vient pas dupliquer l'offre de services dispensés par les organisations du secteur public, mais les compléter. »[36]

La Commission est donc favorable à la reconnaissance de la contribution générale du tiers secteur à l'équilibre du système de services sociosanitaires et à sa pleine participation dans la vie du réseau. La Commission est consciente de l'importance de valoriser la spécificité réciproque des entreprises de l'économie sociale, des organismes de défense des droits, des organismes bénévoles et des organismes communautaires qui entretiennent des liens plus formels avec le réseau dans la dispensation des services. Toutes ces initiatives constituent un ensemble, un tiers secteur, qui joue un rôle irremplaçable et structurant. Leur reconnaissance devrait se matérialiser par un partenariat renouvelé par lequel le Ministère et ses différents partenaires gouvernementaux prendraient les mesures nécessaires pour favoriser son épanouissement et sa maturité.

4.3.9 UNE CORVÉE POUR LES INVESTISSEMENTS

Le réseau de la santé et des services sociaux est en train de prendre un retard considérable en matière de technologies de l'information et des communications, d'équipements médicaux, d'équipements de support et de maintien des actifs immobiliers. Cette situation n'est pas particulière au Québec puisque la plupart des provinces canadiennes ont réduit fortement, depuis quelques années, leurs investissements dans la foulée du désengagement financier du gouvernement du Canada.

Sans être en mesure de quantifier précisément les dépenses de nature capitale à effectuer dans ces quatre secteurs, il est facile, par quelques grands indicateurs, de constater que l'on parle de milliards de dollars à injecter au cours des prochaines années. Rappelons qu'à elle seule, la construction des deux centres hospitaliers universitaires à Montréal exige d'investir près de 2 milliards de dollars.

La Commission considère qu'un programme majeur d'investissements est nécessaire pour

36. Y. Vaillancourt, Communication faite lors de la séance plénière d'ouverture du colloque de l'Association de santé publique du Québec, 2000

conserver les actifs, diminuer les coûts d'exploitation et accroître la productivité du système. Tout retard à investir les sommes requises maintenant ne fera qu'accroître les montants à investir plus tard, augmentera les coûts de fonctionnement et diminuera peu à peu la productivité du système et la qualité des services.

Nous sommes conscients que, politiquement, des investissements aussi massifs dans des équipements, des technologies et des immeubles peuvent sembler inappropriés à côté des files d'attente à l'urgence ou dans certains services spécialisés. Il faut que nos concitoyens sachent que pour être efficaces, nos professionnels ont besoin d'être bien équipés. Nous sommes conscients également que les 2 ou 3 milliards de dollars à investir d'ici quelques années sont des sommes considérables pour le gouvernement du Québec. C'est la raison pour laquelle nous proposons de réaliser ce plan de rattrapage par une approche « corvée » c'est-à-dire en faisant appel à diverses sources de financement. Cette corvée devrait mettre à contribution le secteur privée, les syndicats, qui disposent de leurs propres fonds, les professionnels de la santé, les contribuables, les établissements, les fondations, le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec. En traitant des quatre volets prioritaires, nous indiquerons dans chaque cas quels devraient être les partenaires dans cette mise à niveau, l'objectif étant que 40 % du financement global provienne du gouvernement du Québec, 40 % du gouvernement du Canada et 20 % de sources dites « communautaires » ou privées.

Les sommes prévues dans la dernière entente fédérale-provinciale dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux sont nettement insuffisantes. Nous sommes confiants qu'il est possible de convaincre le gouvernement fédéral d'appuyer la transition des systèmes de santé des provinces et d'investir dans des infrastructures modernes et dans l'adaptation des services de 1re ligne. Nombre d'organismes canadiens, comme l'Association médicale canadienne, proposent déjà un tel réinvestissement par le gouvernement fédéral.

UNE CORVÉE NATIONALE D'INVESTISSEMENT

R-27 Pour permettre la mise à niveau du parc technologique et immobilier du réseau, nous recommandons :

Que le gouvernement du Québec lance une corvée nationale d'investissements.

4.3.9.1 LE MAINTIEN DES ACTIFS

En juin 1999, le Vérificateur général du Québec lançait un message clair sur la nécessité de revoir la gestion des immeubles du réseau. Il faut moderniser notre modèle de gestion immobilière, adopter une approche plus dynamique et préventive et optimiser l'utilisation du parc immobilier existant.

Comme une majorité des bâtiments a plus de 40 ans, les systèmes mécaniques sont souvent vétustes et leur efficacité énergétique est faible. L'adaptation des nouvelles technologies de diagnostic et de l'information, des règles de sécurité, pour le public et le personnel, et les travaux d'entretien minimaux occasionnent des coûts d'exploitation souvent inutilement élevés et créent bien des maux de tête aux gestionnaires.

Une approche intégrée en gestion immobilière doit permettre de conserver l'actif pour les générations futures, d'assurer un milieu convivial pour le personnel et les usagers, de valoriser une analyse économique des interventions sur la base du coût de cycle de vie et de promouvoir une gestion préventive plutôt que curative.

Sur la base de la méthodologie préconisée par l'American Society for Health Care Engineering de l'American Hospital Association, la gestion préventive du parc immobilier du réseau québécois, d'une valeur de remplacement estimée à 10 milliards de dollars, nécessiterait l'injection de 500 millions de dollars par an (tableau 12). Or, le plan triennal d'immobilisations au MSSS limite à 100 millions de dollars par an les investissements dans ce secteur.

TABLEAU 12 **Équation de la gestion préventive des immeubles**

Valeur estimée de remplacement du parc immobilier du réseau de services de santé et de services sociaux du Québec : 10 milliards de dollars.

X = dépense annuelle d'opération des installations (incluant les réparations majeures)
2 % de la valeur de remplacement annuelle

Y = dépense annuelle pour les besoins d'adaptation fonctionnelle (incluant les améliorations et les transformations)
1 % de la valeur de remplacement annuelle

Z = dépense annuelle de réhabilitation et de remplacement des installation
2 % de la valeur de remplacement

X + Y + Z = 500 millions de dollars

Source : American Society for Healthcare Engeneering of American Hospital Association, 1997.

Il faudra donc lancer un plan d'accélération des investissements d'une durée de cinq ans et viser un partage moitié-moitié avec le gouvernement du Canada. La Corporation d'hébergement du Québec devrait élaborer des règles et des normes de financement souples pour passer rapidement à l'action, gérer le programme et se conformer aux recommandations du Vérificateur général. La priorité devrait être octroyée aux projets de nature clinique sous la coordination des régies régionales.

4.3.9.2 LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE COMMUNICATION

Les axes d'investissements structurants qui semblent rallier les spécialistes en matière d'informatisation du réseau sont de trois ordres : l'implantation des dossiers médicaux électroniques, la liaison des médecins aux systèmes d'information des hôpitaux et des CLSC et l'intégration des nouvelles applications aux anciennes.

La Commission a demandé à un groupe d'experts du MSSS de présenter les grandes priorités en matière d'informatisation du système sociosanitaire québécois. De l'avis de ces experts, six actions prioritaires doivent être menées d'ici 10 ans, dont la réalisation exige des investissements avoisinant un milliard de dollars.

Voici les priorités telles que présentées par ce groupe :

- *Informatiser les établissements avec un réseau de communication interne et des systèmes d'informations* cliniques de laboratoire, de radiologie, de plan de soins et de pharmacie. Ceci permettrait le partage de l'information clinique entre les intervenants.
- *Mettre en place les infrastructures d'accès et d'échange de l'information entre les établissements, soit : l'index patient national, l'outil requête-résultat générique, le dossier patient partageable, les dépôts de données cliniques et les registres nationaux de surveillance des maladies.* Ceci servira à transférer l'information numérique d'un usager entre les établissements du réseau public et les cliniques et les cabinets de médecins, de même qu'à prescrire et à recevoir les résultats d'examens en temps réel. Ceci va de pair avec des mesures de sécurité partout dans le réseau.
- *Créer et sécuriser les liens de communication avec les cabinets de médecins en mettant en place un portail santé québécois et en déployant la carte à puce.* Les

médecins seront ainsi reliés au réseau public et pourront partager l'information numérique disponible des laboratoires, de la radiologie, de la pharmacie et du sommaire de l'épisode de soins, tout en assurant aux usagers le respect de leur volonté.

- *Déployer progressivement la télésanté* en vue d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés et ultraspécialisés sur tout le territoire québécois et soutenir les professionnels en régions.
- *Mettre en place les systèmes d'information nationaux prioritaires* pour gérer et coordonner les services en rapport avec les banques de sang, les listes d'attente, les urgences de même que pour établir un prix de revient sur les services dispensés dans le réseau.
- *Compléter le déploiement des systèmes d'information du secteur social* qui intègrent l'information sur les usagers et soutenir les professionnels dans leurs interventions.

La Commission n'a pas pu évaluer la pertinence et la rationalité de l'ensemble de cette analyse. Aussi, elle ne peut que s'en tenir à deux propositions qui lui semblent faire largement consensus tant auprès des médecins et professionnels de la santé que des représentants des malades et de la population en général.

La première vise, en associant les grands partenaires du réseau ainsi que les organismes de défense des droits des malades, à réunir toutes les conditions pour se préparer, dès maintenant, à l'idée de créer un dossier patient informatisé. Dans le respect strict de la confidentialité et de la sécurité d'un individu, cela rendra accessibles aux professionnels de la santé toutes les informations nécessaires à la gestion de sa santé. Il serait souhaitable de viser que, d'ici trois ans, ce projet se réalise à la satisfaction de la population et du personnel du réseau. La seconde proposition a trait à l'investissement : nous souhaitons un partenariat avec le secteur privé.

Les sources de financement pour plusieurs des projets susmentionnés devraient provenir en partie du budget actuel des régies, des établissements et des départements des hôpitaux qui investissent déjà beaucoup, mais sans plan d'ensemble pour le réseau. Un redressement s'impose dans ce domaine en vue de s'assurer que les grandes orientations et spécifications pour l'établissement d'un seul système national efficace et convivial soient respectées et que la marge de manœuvre locale pour des choix compatibles soit aussi claire. Les cliniques médicales devraient recevoir des incitatifs pour contribuer en

partie au financement des équipements nécessaires à leur informatisation en réseau. Le gouvernement du Canada devrait de son côté majorer sa contribution de façon substantielle dans le cadre d'une nouvelle entente pour accélérer les investissements, le gouvernement du Québec accordant une priorité à l'introduction de la carte à puce et du dossier clinique partageable.

4.3.9.3 LES ÉQUIPEMENTS DE SOUTIEN (BUANDERIE, CUISINE, CAFÉTÉRIA) EN ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES D'HÔTELLERIE

Au cours des consultations, un grand nombre d'intervenants ont proposé à la Commission l'impartition au secteur privé des services de soutien, principalement l'hôtellerie. Les tenants de cette proposition affirment que l'hôtellerie est un domaine spécialisé d'activités qui n'est pas au cœur de la mission des établissements hospitaliers et de longue durée et qu'on en réduirait ainsi les coûts. À l'opposé, les syndicats du secteur public s'y opposent vivement pour des raisons de principe et aussi pour protéger l'emploi et la rémunération de leurs membres. Ils contestent aussi les avantages du privé et affirment être tout à fait ouverts à la réorganisation du travail dans ce secteur.

Devant les immenses besoins d'investissements dans tous les domaines ou presque, il est peu probable que ce secteur constitue une priorité, sur un horizon prévisible. Comme la plupart des employés ont déjà la sécurité d'emploi, la Commission considère qu'une confrontation majeure avec les syndicats est contre-indiquée. Par ailleurs, nous sommes convaincus que des gains importants de productivité et d'amélioration de la qualité sont possibles. Nous préférons donc saisir l'ouverture par les deux principales centrales syndicales pour faire une proposition.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec la Corporation d'hébergement du Québec et avec le support technique du ministère de l'Industrie et du Commerce, devrait transformer progressivement ces services en sociétés mixtes de services techniques, locales ou régionales. On encouragerait ainsi les établissements à céder ou à louer leurs actifs à ces sociétés, selon des conditions à définir. Les grands syndicats nationaux seraient invités à y investir, par le biais de leurs fonds d'investissement, en partenariat avec la Corporation d'hébergement du Québec. Cela aurait en quelque sorte pour effet de donner le contrôle du capital requis aux organisations de travailleurs, sinon aux travailleurs eux-mêmes. Les établissements

signeraient un contrat de services ou une concession d'une durée suffisante pour rentabiliser l'investissement. Ces contrats de services ne devraient pas comporter de clauses d'exclusivité, laissant ces sociétés libres d'exercer dans tout le marché. La Corporation d'hébergement du Québec pourrait y injecter du capital frais, au besoin, pour une part maximale de 15 à 20 % du total. Sa présence maintiendrait aussi un lien avec les régimes de retraite et d'assurance du gouvernement et ses politiques salariales, le cas échéant.

Toutes les questions normatives et d'organisation du travail seraient définies ou négociées à l'intérieur des sociétés, ceci devrait permettre des gains de productivité. Ces gains pourraient être réinvestis ou versés en dividendes aux actionnaires qui pourraient être : le gouvernement, les fonds d'investissement des travailleurs ou les travailleurs eux-mêmes Nous sommes confiants que les syndicats du secteur public pourront s'engager dans un tel processus de transformation et sauront relever ce double défi : moderniser les équipements et changer les mentalités.

De l'avis de la Commission, une telle approche, implantée progressivement, ne peut que faire des gagnants. Sous l'égide des organisations de travailleurs, cela donnerait une nouvelle impulsion à la réorganisation du travail. Ceux-ci pourraient maintenir leurs régimes de retraite et d'assurance et leurs niveaux de rémunération, ils disposeraient aussi d'équipements plus modernes, plus rapidement. De ce fait, ce secteur devenu plus dynamique et productif, verrait baisser ses coûts d'exploitation.

4.3.9.4 LES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

La Commission propose des investissements en trois volets.

Le premier a trait à l'acquisition d'un bon nombre de petits équipements destinés à consolider les services de soins à domicile de même que des petits et moyens équipements d'utilisation quotidienne en milieu hospitalier et en CHSLD.

Les contraintes budgétaires des dernières années ont retardé l'acquisition d'un grand nombre de ces petits équipements durables, d'utilisation fréquente et qui améliorent la productivité du personnel soignant et le confort des patients. Prenons quelques exemples : les moyens d'information et de communication adaptés au travail des infirmières à domicile, le thermomètre électronique (environ 500 $), le mini-perfuseur

(environ 700 $), l'appareil à tension portatif (4 500 $), l'échographe vésical (10 000 $) et le lit électrique (environ 4 000 $). Une enveloppe budgétaire de nature « capitale » destinée à investir dans ces équipements pour quelques années permettrait d'offrir des outils de travail modernes aux infirmières et autres soignants ; ce qui donnerait le signal que l'on se préoccupe vraiment des difficultés que vivent ces travailleurs en plus d'appuyer une meilleure productivité. Ce volet demande à être lancé sous peu par le MSSS sans attendre la conclusion d'autres négociations fédérale-provinciale.

Deuxième volet, la mise en place d'un programme triennal d'acquisition de technologies, pour le diagnostic et les communications, et destinées à la 1re ligne. Ce programme serait conçu pour supporter le déploiement du réseau de médecine familiale en complémentarité avec les CLSC et les cabinets de médecins.

Une mesure s'avèrera décisive pour accélérer le déploiement de ce réseau de médecine familiale : soit, en priorité, brancher en réseau les CLSC et les *Groupes de médecine familiale* et leur faciliter l'accès à un plateau technique approprié, en complémentarité avec les équipements déjà disponibles sur le territoire. Ce deuxième volet devrait être financé par les deux paliers de gouvernement et aussi par les cabinets de médecins qui recevraient, à très peu de frais, des équipements de communication modernes, à titre de mesure incitative.

Le troisième volet porte sur l'acquisition des équipements de haute technologie, particulièrement dans les CHU, les CHA et les instituts. L'achat de ces équipements ne peut résulter d'initiatives locales ou de rapports de force politiques entre les intervenants. Il faudra, en premier lieu, établir l'inventaire du parc existant de même qu'un plan national d'acquisition.

Il importe aussi de rappeler que l'acquisition de la plupart de ces équipements s'accompagne presque toujours de travaux de construction importants et de dépenses de formation et d'adaptation de la main-d'œuvre. De plus, il ne faut pas sous-estimer les coûts de fonctionnement additionnels générés par l'arrivée de tels équipements. Une planification soignée est donc capitale et la contribution financière du gouvernement du Canada est essentielle pour accélérer la modernisation de ce parc d'équipements stratégiques.

Le financement de ces équipements peut se faire de diverses façons. La Commission recommande d'avoir recours à diverses formules selon les circonstances. Ainsi, des partenariats public-privé pourraient être possibles et avantageux dans certains cas.

R-28 Pour financer l'acquisition rapide des équipements de haute technologie, nous recommandons :

La création d'une grande fondation et la stimulation des fondations hospitalières existantes en vue de mobiliser des ressources pour une corvée d'acquisition de technologies médicales par un recours à la fiscalité.

Le gouvernement est invité à créer une Fondation Québec Techmed : celle-ci contribuerait à maintenir le Québec à jour en matière d'équipements spécialisés et à éviter leur éparpillement. Malgré l'apport remarquable des fondations hospitalières, la Commission croit qu'une grande fondation apte à soutenir l'ensemble des besoins des québécois serait utile et éviterait les fractionnements coûteux et les duplications. Dans nombre de cas, un partenariat avec les fondations hospitalières, la Fondation Québec Techmed et les régies régionales permettrait de réaliser des investissements en technologie médicale d'envergure et structurants.

Nous proposons que le gouvernement du Québec injecte un capital initial de 100 millions de dollars et que, selon l'esprit d'une corvée, s'y associent des leaders du secteur de la santé et du milieu des affaires, avec un objectif d'au moins 500 millions de dollars sur cinq ans. Pour appuyer la campagne de levée de fonds, une déduction de 120 % des contributions serait octroyée au cours des cinq prochaines années. Les fondations des établissements bénéficieraient également de ce stimulus, mais un seuil serait fixé de sorte à ne pas nuire aux petites fondations.

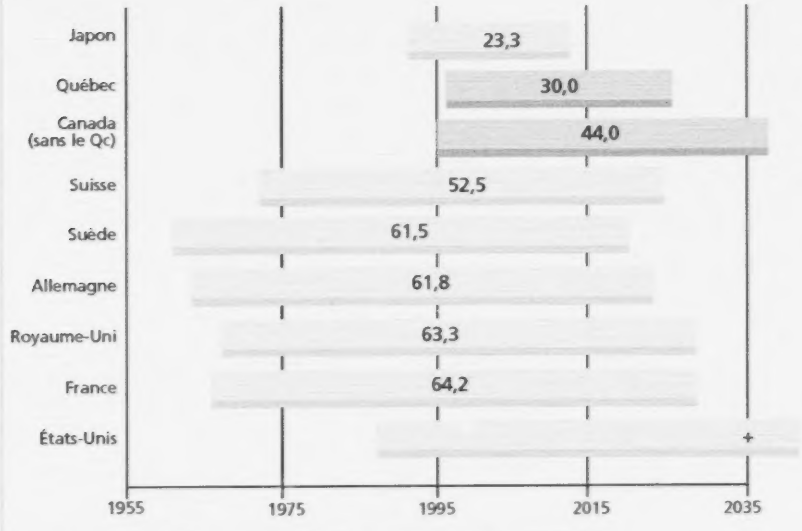
Cette stratégie permettrait de mobiliser les ressources de la communauté, d'éviter des dépenses au gouvernement du Québec et d'obtenir une contribution fiscale automatique du gouvernement du Canada. Ce dernier serait invité également à contribuer à ladite fondation et à majorer à 120 % la déduction fiscale pour les contributions autorisées.

En conclusion, la Commission considère que par une stratégie de corvée nationale et grâce aux économies réalisées sur un horizon de cinq à huit ans, il est possible pour le gouvernement du Québec, en récupérant une partie des gains de productivité, de retrouver la totalité de l'investissement au cours de la période proposée.

4.3.10 LA CRÉATION D'UN RÉGIME D'ASSURANCE CONTRE LA PERTE D'AUTONOMIE SUR UNE BASE DE CAPITALISATON

La Commission s'est vivement intéressée à l'ensemble des enjeux reliés à la transition démographique très marquée des prochaines décennies, due au vieillissement accéléré de la population. Cela fait partie de la gestion préventive préconisée par la Commission. Il serait pour le moins imprudent, à titre de société, de choisir l'attentisme quand on sait déjà que le Québec connaîtra avec le Japon la plus rapide transformation démographique de l'occident (graphique 10).

GRAPHIQUE 10 **Passage de 12 % à 24 % de la part des personnes âgées de 65 ans et plus (En années)**



Source : Secrétariat du Conseil du trésor, Gouvernement du Québec, 2000.

Fait de première importance, le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans passera de 12 % à 24 % entre 1996 et 2025. Même si cette évolution ne présente pas en soi de défi social, économique ou financier insurmontable, il faut se préparer à voir le nombre de personnes âgées passer de 870 000 à 1 667 000 et celles de plus de 85 ans de 77 000 à près de 200 000 entre 1996 et 2021. Le profil actuel de consommation des services pour ces catégories d'âge est présenté au tableau 12, mais il est vraisemblable

que la situation s'améliorera au cours des prochaines décennies pour diverses raisons, comme la meilleure santé générale, le niveau de vie, le degré de connaissances plus élevé et les nouveaux traitements. Néanmoins, il est évident que la consommation de services des personnes âgées et surtout très âgées sera naturellement toujours plus marquée. Il vaut donc mieux en tenir compte, dès maintenant, tant pour planifier l'organisation des services que pour assurer leur financement.

TABLEAU 13 **Dépenses de santé per capita du gouvernement du Québec pour les services de santé, par groupes d'âge, 1998 (En dollars)**

Catégories d'âge	Hôpitaux	Établiss. de longue durée[3]	Services médicaux	TOTAL [1]
< 1 an	3 997	1	574	4 836
1-4 ans	176	1	256	726
5-14 ans	138	2	143	593
15-44 ans	422	11	222	947
45-64 ans	892	31	372	1 673
65-74 ans	2 708	216	658	4 409
75-84 ans	4 687	1 189	826	7 660
85-89 ans	6 656	5 557	834	13 970 [2]
90 ans et plus	6 628	5 921	729	n/d
Moyenne (tous âges)	**930**	**141**	**315**	**1 761**

(1) Estimation. Incluant dépenses pour autres professionnels et médicaments.
(2) 85 ans et plus.
(3) Au sens large, peut inclure unités de soins de longue durée en centres hospitaliers et internat en centre de réadaptation.
Source : Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends 1975-2000*, Ottawa, 2000.

La Commission a également constaté que le système québécois de santé et de services sociaux avait déjà de la difficulté à s'adapter aux besoins des personnes en perte d'autonomie, en particulier les aînés, au détriment de celles-ci et du bon fonctionnement du système.

La Commission propose de mettre en place un réseau de médecine familiale qui mise sur la complémentarité des CLSC et des cabinets de médecin, pierre angulaire du déploiement de réseaux de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Cela sera difficile à faire si le panier de services et de soins à domicile demeure imprécis et incomplet, que son accès varie selon le territoire et les priorités des CLSC et que

l'hébergement ne consiste qu'à offrir une place en CHSLD, sans alternative.

Pour assurer le déploiement dans tout le Québec d'un réseau de *Groupes de médecine familiale* et de réseaux de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie, plusieurs conditions sont nécessaires : mettre à niveau le panier de services à domicile partout, offrir d'autres choix que les seuls CHSLD, soutenir le travail des « aidants » naturels, donner des moyens d'actions réels aux équipes cliniques locales et structurer le financement et son contrôle pour atteindre les résultats voulus. De l'avis de la Commission, il est illusoire de penser que le système actuel ou le seul redéploiement du budget des hôpitaux vers le maintien à domicile permettra de réaliser l'importante transition proposée.

Plusieurs pays occidentaux, dont l'Autriche (1990), l'Allemagne (1994), la France (1997), le Luxembourg (1999) et le Japon, ont décidé, au cours des dernières années, de faire face globalement au risque de perte d'autonomie de longue durée à l'aide de régimes collectifs de financement de services universels. Ces régimes couvrent les services et les soins à domicile et divers services d'hébergement et de soins de longue durée. Cela est différent des services médicaux et hospitaliers mais complémentaires à ceux-ci. Au Québec, cette idée est plutôt neuve mais plusieurs personnes au sein du gouvernement s'y intéressent et les réactions aux présentations sur ce thème lors des forums et consultations de la Commission ont été dans l'ensemble plutôt intéressées. Plusieurs pays ont choisi d'assurer par ce genre de régime les pertes d'autonomie liées à toute incapacité, sans égard à l'âge. Le Québec pourrait également examiner l'opportunité de couvrir ainsi les pertes d'autonomie qui ne sont pas déjà assurées par la CSST et la SAAQ.

UN RÉGIME D'ASSURANCE CONTRE LA PERTE D'AUTONOMIE

R-29 Nous recommandons :

La création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, sur une base de capitalisation.

La Commission propose donc l'adoption d'un régime d'assurance contre les pertes d'autonomie de longue durée adapté à la société québécoise. Ce régime permettra aussi de soutenir l'organisation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie, présentés au chapitre 2, et complétera la gamme de services médico-

hospitaliers présentement assurés.

La Commission propose de créer un tel régime parce que cela permettrait d'atteindre simultanément plusieurs objectifs. Rendre équitable et suffisante l'offre de services à domicile ou en hébergement sur l'ensemble du territoire. De plus, un financement adéquat des services à domicile diminuerait les coûts et les inconvénients de l'hospitalisation et de l'hébergement de soins de longue durée. Un tel régime permettrait aussi de reconnaître et de soutenir les « aidants » naturels, si la personne prestataire et l'équipe clinique, retiennent cette alternative.

La capitalisation aurait le double effet de sécuriser les baby-boomers quant à la disponibilité de services adéquats dans l'avenir et de rassurer la génération montante à l'effet qu'elle ne sera pas écrasée par le poids démographique et budgétaire de la génération précédente. Le gouvernement pourrait ainsi fixer à son niveau actuel sa contribution budgétaire à ces services. Le Luxembourg a procédé ainsi pour assurer une plus grande transparence dans l'évolution des coûts du régime en vue de s'adapter au défi démographique.

Finalement, pour recevoir l'adhésion des Québécois, notamment des « baby-boomers », il est essentiel que les fonds accumulés ne puissent être détournés aux fins de couvrir les dépenses générales de l'État. Les citoyens ont très souvent cité les cas de l'assurance-emploi du Canada et de l'assurance-automobile du Québec, qui leur font craindre qu'un régime capitalisé ne serve qu'à renflouer les coffres de l'État. En vue de protéger les cotisants, l'administration de cette caisse pourrait être confiée à la Régie des rentes du Québec ou à une institution financière québécoise, sur une base non lucrative.

En recourant de façon générale à la compétition pour maintenir une offre de services satisfaisante en qualité et quantité, les équipes responsables de l'utilisation des ressources financières disposeraient d'une grande marge de manœuvre pour acheter rapidement les services les plus appropriés au meilleur coût et éviter que les personnes âgées en perte d'autonomie engorgent les services d'urgence des hôpitaux, en l'absence d'alternative.

Par manque de temps et de moyens, la Commission n'a pu définir en détail ce régime, mais elle propose les caractéristiques suivantes :

- Le régime serait financé par une contribution obligatoire et fiscalisée sur les revenus individuels de toute provenance;

- Le régime serait capitalisé selon un taux à fixer afin de diminuer l'impact financier prévisible lié au coût de ces services pour la jeune génération;
- La protection des fonds accumulés au bénéfice des cotisants au régime serait assurée par de solides mécanismes légaux;
- La gamme de services assurés, bien définie, s'orienterait vers le support à domicile tout en offrant divers types de services d'hébergement;
- La gestion opérationnelle serait cohérente avec les orientations préconisées par la Commission pour les *Groupes de médecine familiale* et les réseaux de services intégrés;
- Le régime couvrirait les pertes d'autonomie de longue durée (après plus de 6 mois ou irréversibles);
- Les services à domicile pourraient être offerts par des prestations en nature ou en argent;
- Les prestations en argent pour les services à domicile seraient déterminées, s'il y a lieu, par le plan d'intervention. Elles seraient non imposables entre les mains du prestataire ou des « aidants » naturels reconnus, selon des niveaux et circonstances à définir;
- L'évaluation des besoins des personnes serait faite selon une grille unique dans tous les CLSC pour assurer l'équité, dans l'admissibilité;
- Les modalités de gestion devraient prévoir la responsabilité réelle des équipes pour l'achat de services les plus appropriés, au meilleur coût, en tenant compte de la situation générale, de l'intérêt et des préférences du prestataire et de celles de sa famille;
- Un tel régime assurerait l'ensemble des personnes en perte d'autonomie de longue durée ou seulement les personnes âgées;
- Les budgets actuels de services à domicile et d'hébergement et les ressources provenant du régime devraient être intégrés;
- La gestion inciterait à avoir recours aux ressources les plus pertinentes.

4.3.11 LE FINANCEMENT DES BESOINS PRIORITAIRES : UNE STRATÉGIE POSSIBLE

Il n'y a pas de recette miracle pour financer facilement les services actuels, les besoins prioritaires et la transition vers une nouvelle organisation de services plus performante. Nous considérons néanmoins qu'un ensemble de mesures, grandes et petites, bien orchestrées, pourraient sécuriser le financement du réseau et son adaptation aux besoins prioritaires. La stratégie proposée par la Commission se résume ainsi.

- Il faut en premier lieu dégager de l'augmentation annuelle du budget global du Ministère une marge de manœuvre spécifique pour la réorganisation des services de 1re ligne. Son importance dépendra directement du niveau de l'augmentation annuelle du budget du MSSS et de la capacité de celui-ci et des régies de contrôler l'évolution des dépenses attribuables aux services de 2e ou de 3e ligne, concentrés dans les hôpitaux, les centres-jeunesse et les centres de réadaptation. Il ne s'agit aucunement de « punir » ces derniers, mais l'orientation vers la 1re ligne va de pair avec cette exigence de réorientation budgétaire.
- Le gouvernement doit créer, au cours des 5 prochaines années, un « fonds de transition » pour adapter le réseau, notamment la réorganisation des services de la 1re ligne. Ce fonds serait constitué à même les surplus budgétaires des deux paliers du gouvernement. L'importance de ce fonds de transition dépendra du niveau des surplus disponibles, mais il est vraisemblable que les gouvernements en réaliseront à nouveau, à court terme. Ils devraient en verser dès maintenant une partie dans un fonds dédié, profitant de la conjoncture favorable, en vue d'assurer une transition rapide vers le nouveau mode d'organisation des services.
- Le programme d'investissements à frais partagés, dans le cadre d'une grande corvée, devrait s'autofinancer par une récupération partielle des gains de productivité sur une période de 5 à 7 ans après l'investissement.
- Le nouveau régime d'assurance contre les pertes d'autonomie prendra charge de la croissance des coûts reliés à la plupart des soins de longue durée à domicile ou en hébergement.
- L'application d'un mécanisme d'évaluation du panier de services assurés et des technologies médicales ralentira la croissance des coûts. Il y a donc urgence à le déployer.
- Le partenariat avec le tiers secteur et les entreprises privées augmentera les services à la personne et à la communauté, accélérera les investissements et diminuera les recours à des fonds publics.

- Le monitorage transparent des facteurs de croissance et un plan d'efficacité et d'efficience ralentiront la croissance des coûts.

UNE STRATÉGIE GLOBALE DE FINANCEMENT DES BESOINS PRIORITAIRES

R-30 Nous recommandons :

> **Que le gouvernement se dote d'une stratégie visant à assurer le financement des besoins prioritaires et la transition vers une nouvelle organisation de services plus performante.**

Au cours de ses travaux, la Commission a entendu un grand nombre de demandes pressantes d'augmentation de ressources financières, toutes aussi légitimes les unes que les autres. Pour y donner suite, il faudrait majorer de quelques milliards de dollars les dépenses gouvernementales en sus de la croissance de 5,1 %. Cela ne semble malheureusement pas réaliste dans le contexte actuel.

Par ailleurs, si aucune mesure n'est prise pour modifier la dynamique actuelle des dépenses résultant d'une organisation de services désuète, la viabilité financière du système s'effritera rapidement. Il importe donc d'investir prioritairement dans la réorganisation des services et des modes de financement pour infléchir à la base la tendance actuelle et assurer une évolution ordonnée de notre système vers la performance. Dans le contexte actuel, cela sera aussi crucial que difficile.

La sélection des priorités devra être extrêmement rigoureuse à tous les niveaux, ne jamais récompenser le laxisme dans la gestion et répondre à la fois aux besoins prioritaires reconnus et à l'amélioration globale du fonctionnement du réseau.

La Commission a retenu plusieurs critères permettant de cibler les secteurs prioritaires. Ainsi, la réponse à un besoin prioritaire doit :

- constituer une priorité reconnue par un large consensus social;
- soutenir l'implantation d'une organisation de services plus cohérente, performante et efficiente;
- contribuer à terme à réduire la pression sur les finances publiques;

- permettre à tous les Québécois de profiter des investissements, avec le souci des clientèles vulnérables;
- être compatible avec un contrôle plus serré des budgets hospitaliers.

Sur la base de ces critères, la Commission considère que les quatre secteurs suivants présentent des besoins prioritaires :

- la restructuration de la 1re ligne;
- les services à domicile et de longue durée aux personnes en perte d'autonomie;
- les services à la jeunesse en difficulté;
- la mise à niveau du réseau sur le plan technologique et immobilier.

Sans reprendre les explications des pages précédentes, résumons la logique des choix dans une perspective financière.

La réorganisation des services de 1re ligne, en particulier la structuration d'un réseau de médecine familiale, est aussi essentielle en termes de qualité de services à tous les citoyens qu'en termes de contrôle de la croissance des coûts dans les services d'urgence des hôpitaux.

La réorganisation des services de base ne pourra se faire sans une offre structurée de services et de soins à domicile et de longue durée aux personnes en perte permanente d'autonomie qui autrement se retrouvent trop souvent dans les hôpitaux, à grands frais et sans services adaptés.

Les services à la jeunesse vulnérable, notamment à la petite enfance, sont primordiaux pour éviter la détresse, la souffrance et la marginalisation des jeunes en difficulté, sans compter les coûts exponentiels à la société pour chacune de ces vies gâchées.

Enfin, les actifs immobiliers et les technologies médicales du réseau vieillissent rapidement. De plus, les technologies de l'information sont sous-exploitées et ne sont pas assez utilisées comme leviers de performance. La Commission considère que des investissements importants doivent être consacrés pour améliorer la productivité du réseau. Elle considère aussi que la réponse à ces besoins prioritaires bénéficiera à l'ensemble du réseau, donc à tous les établissements et à toutes les clientèles, et qu'elle peut être réalisable financièrement, mais à des conditions exigeantes pour tous.

ANNEXE 2

LEXIQUE

Pour faciliter la compréhension de ce chapitre, nous vous suggérons quelques définitions de termes usuels.

- **Financement public** : financement à des producteurs de services, publics ou privés, par le fonds consolidé du gouvernement du Québec ou les fonds d'organismes publics de tierce responsabilité (ex. : SAAQ, CSST).
- **Financement privé** : financement à des producteurs de services, publics ou privés, au moyen de tarifs payés par des particuliers, directement ou par le biais d'une assurance collective.
- **Production publique** : production par un organisme à caractère public, financé majoritairement ou exclusivement de façon publique et imputable directement à une instance publique, comme le ministère de la Santé et des Services sociaux ou une régie régionale.
- **Production privée** : production par un professionnel ou organisme à caractère privé, à but lucratif ou non lucratif, financé selon le cas, par un financement public ou privé et imputable directement à diverses instances publiques ou privées (ex. : CHSLD privés conventionnés).
- **Services assurés au sens de la *Loi canadienne sur la santé*** : selon l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé* (Chapitre C-6), il s'agit de « services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés... ». Les services hospitaliers sont les « services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires... Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par règlement ». Aucun règlement de ce type n'a encore été adopté. Les services médicaux sont les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin ». Les services de chirurgie dentaire sont des « actes de chirurgie nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital... ». À noter que le concept de services médicalement requis n'est pas défini plus explicitement dans ce cadre.
- **Services non assurés au sens de la *Loi canadienne sur la santé*** : ils incluent en premier lieu selon l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, les services complémentaires de santé, c'est à dire les « services définis dans le règlements et

offerts aux habitants d'une province », à savoir :

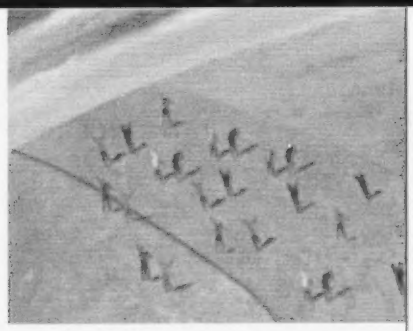
a) les soins intermédiaires en maison de repos;

b) les soins en établissements pour adultes;

c) les soins à domicile;

d) les soins ambulatoires .

Ces services n'ont pas été plus explicitement définis par règlement. La contribution financière du Canada au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux est octroyée à la fois pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé. Implicitement, les services non assurés comprennent également tout autre service non inclus dans ces deux premières catégories (services assurés et complémentaires), que leur financement ou leur production soit public ou privé (ex. : clinique de physiothérapie). Un service non assuré peut être offert gratuitement dans une province, ou faire l'objet d'une tarification, selon le cas.



PARTIE I
5

LA GOUVERNE : CLARIFIER LES RÔLES, RENFORCER L'IMPUTABILITÉ DES DIRIGEANTS

5.1 NOS CONSTATS

Tout au long des consultations régionales et des audiences nationales, un malaise évident est apparu quant à la gouverne de notre réseau. Les situations dénoncées se rapportent à tous les niveaux du système. Ainsi, les équipes de gestion locales et les équipes cliniques considèrent être tenues à l'écart des grandes décisions qui les concernent. Elles estiment être peu consultées, voire ignorées, et dépossédées de pouvoir et de contrôle sur leur environnement par des instances nationales lointaines, dont le Ministère, les centrales syndicales, les regroupements d'établissements et les associations professionnelles, peu sensibles à leur réalité et sur lesquelles elles exercent une influence considérée négligeable. Pour leur part, les régies régionales sont accusées d'ingérence dans la gestion interne des établissements alors qu'elles reprochent à ces mêmes établissements de contourner les décisions régionales et de chercher en parallèle des règlements avec le Ministère, sans égard aux effets possibles sur le réseau régional de services.

Plusieurs déplorent en outre que les structures actuelles soutiennent le fonctionnement en « silos » et qu'elles permettent l'isolationnisme de certains établissements de même que les « guerres de clocher » encore trop fréquentes entre des établissements chargés de desservir la population d'un même territoire. De l'avis général, de telles situations sont inacceptables, d'autant plus qu'il a été démontré que la création d'établissements à vocation multiple permet d'obtenir des gains appréciables en matière d'intégration et de continuité des services.

De leur côté, les organismes communautaires qui rendent des services directs à la population ont fait valoir l'importance de leur rôle ainsi que la nécessité d'un financement adéquat. Tout en restant ouverts à une reddition de comptes axée sur les résultats qualitatifs, ces groupes tiennent cependant à ce que la spécificité de leurs orientations et de leurs pratiques soit respectée.

Par ailleurs, de nombreux groupes reconnaissent les effets négatifs de leurs stratégies et déplorent aujourd'hui la forte politisation d'un trop grand nombre de décisions ad hoc prises au palier national sous la pression de groupes d'intérêt. Ils constatent que la médiatisation excessive de certaines problématiques et la généralisation de problèmes personnels ou localisés nuisent, de fait, à l'analyse objective et à la prise de décision fondée sur l'intérêt commun et la saine gestion.

L'absence de vision cohérente et mobilisatrice quant à la finalité et aux grandes orientations du système est également dénoncée par plusieurs. On déplore aussi le fait que l'Assemblée nationale et les grandes organisations débattent davantage des difficultés quotidiennes du réseau que des véritables enjeux auxquels il est confronté.

Certains groupes en arrivent même à questionner directement la structure organisationnelle du réseau. Compte tenu de l'importance cruciale du secteur de la santé et des services sociaux pour les citoyens et de son impact sur les finances publiques, on s'interroge de plus en plus sur la capacité du ministère d'assumer un triple rôle de direction, de gestion et de contrôle dans la structure actuelle. Pour plusieurs, cette situation rend le ministère vulnérable et réduit sa capacité d'action à l'égard des enjeux fondamentaux.

De l'avis de la Commission, il faut retenir ici que l'organisation globale du système de santé et de services sociaux a des conséquences directes sur l'équité et sur l'efficacité des services dispensés à la population. Les mécanismes mis en place pour assurer la gouverne sont donc essentiellement d'ordre instrumental et doivent viser à doter le système des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs visés.

C'est pourquoi toute décision visant à modifier les structures et les mécanismes de gouverne doit soutenir les changements souhaités. Il est aussi impératif que de telles décisions tiennent compte de la complexité et de l'ampleur du système. L'expérience récente montre à quel point des changements trop brusques peuvent avoir des répercussions négatives, tant pour la population que pour le personnel et l'ensemble du réseau. Devant ce constat, la Commission entend limiter les modifications proposées à celles jugées primordiales et souhaite qu'elles s'implantent à un rythme progressif en vue de susciter une large adhésion.

5.2 LES PRINCIPES DIRECTEURS

La Commission propose une organisation de services de 1re ligne décentralisée et intégrée en fonction d'une approche populationnelle. Selon notre perspective, les organisations de 1re ligne développent des liens contractuels avec des établissements spécialisés et surspécialisés, régionaux et nationaux. Nous avons insisté sur la nécessité de définir les responsabilités et l'imputabilité des acteurs à chacun des paliers. Nous avons proposé une philosophie de gestion misant sur la performance, la compétence, l'initiative et le pouvoir

d'agir, tant pour les équipes de professionnels que pour les gestionnaires sur le terrain. Nous souhaitons aussi une meilleure collaboration entre les acteurs, selon une formule d'ententes contractuelles précisant des résultats à atteindre, plutôt qu'un modèle axé sur des directives et des règlements. Les principes directeurs que nous présentons pour les trois niveaux de gouverne s'inspirent de cette conception de l'organisation des services et de cette philosophie de gestion.

1) La responsabilité populationnelle

Le Ministère, les régies régionales, les établissements et les cabinets de médecins sont conjointement responsables de l'amélioration de la santé de la population et de l'organisation des services. Cette responsabilité s'exerce sur un territoire donné, local, régional ou national, et comprend l'élaboration des politiques et leur application ainsi que l'organisation et la prestation des services.

À la base, le modèle de réseaux de services de 1re ligne suppose la responsabilité et le suivi d'une population donnée. Un premier niveau de responsabilité est donc exercé par les établissements de 1re ligne.

2) La territorialité

La territorialité soutient l'approche populationnelle. Dans la mesure du possible, le territoire correspond à un espace géographiquement délimité où vit une population, une communauté. Il s'agit d'un territoire d'appartenance auquel s'identifie aisément les communautés qui y vivent et où se trouvent un certain nombre d'institutions. En région, le territoire local correspondra généralement au territoire du CLSC. Dans les grands centres, le territoire local de référence sera défini en fonction de la proximité de services et tiendra compte des caractéristiques des milieux urbains densément peuplés. Au palier régional, le territoire d'action correspond à celui des régies régionales. Le territoire national correspond à l'ensemble du Québec : il est le territoire d'action de certains établissements surspécialisés offrant des programmes nationaux.

3) L'imputabilité : la primauté aux résultats

Le principe d'imputablité correspond à l'obligation de rendre compte de ses interventions, du résultat de ses actions. L'imputabilité est le corollaire de la responsabilité et s'applique à tous les niveaux. Gérer en fonction de résultats, c'est accepter de mesurer à partir d'indicateurs de performance modernes.

4) La subsidiarité : la décision près de l'action

Le lieu le plus important pour le citoyen est l'endroit où il reçoit les services dont il a besoin. Les autres instances n'existent que pour supporter ces lieux, assurer la

cohérence entre eux et orienter l'ensemble. L'efficacité de l'ensemble du système découlera d'abord de l'efficacité à ce premier palier. Selon le principe de la subsidiarité, les décisions doivent être prises au palier le plus bas possible au sein d'une hiérarchie ou d'une organisation.

5) La gestion et la performance

La gestion n'est pas une activité accessoire mais essentielle. Elle sert à organiser les ressources en vue de passer à l'action. Une gestion efficace nécessite un leadership fort qui ne peut s'exercer sans une gouverne claire, des orientations précises, des objectifs de résultats et une réelle lattitude quant aux moyens. Il n'y a pas de bonne gestion sans une bonne gouverne, comme il n'y a pas de bonne gouverne sans une bonne gestion.

6) La participation des citoyens

Le caractère démocratique est assuré par la présence de citoyens dans la gouverne des établissements et des régies régionales. Il se concrétise par le rôle des conseils d'administration, auxquels participent les citoyens, dans des comités consultatifs où la population est conviée à exprimer ses besoins, ses attentes et sa satisfaction à l'égard des services. Ces structures de participation doivent favoriser autant les compétences administratives et professionnelles que communautaires. Ce qui est valorisé ici, c'est l'engagement du citoyen.

5.3 NOS RECOMMANDATIONS

5.3.1 LA GOUVERNE NATIONALE

5.3.1.1 CONTEXTE INTERNATIONAL

Le rôle des administrations publiques s'est sensiblement transformé depuis 20 ans. On a ainsi assisté à la consolidation du rôle de l'État chargé de définir les politiques et les stratégies générales des différents secteurs d'activité. En même temps, les instances gouvernementales se sont dégagées des activités opérationnelles.

Aujourd'hui, la gouverne moderne des États se traduit par des ministères de plus en plus sophistiqués quant à l'élaboration des politiques, la détermination d'objectifs et

l'évaluation des résultats, tandis que l'administration de l'offre de services est confiée à d'autres organismes publics ou privés. La législation québécoise sur l'administration de la fonction publique, adoptée en juin 2000, oriente d'ailleurs l'ensemble de l'appareil gouvernemental en ce sens. On entend ainsi confier aux ministères un rôle reconnu comme central dans toutes les grandes organisations, soit la stratégie des changements, le contrôle et l'évaluation de l'ensemble des grands processus. Ce faisant, on dégage d'autant l'autorité ministérielle des opérations déléguées à d'autres niveaux.

Le secteur de la santé et des services sociaux n'échappe par à cette évolution et des réformes ont été réalisées dans plusieurs pays au cours des dernières années. Sur le plan de la gouverne, la plupart des pays ont choisi de distinguer le rôle d'élaboration des politiques de celui d'administration de l'offre de services.

Ainsi, plusieurs États, dont la Suède, la Norvège et la Finlande, ont dévolu davantage de responsabilités au palier municipal. D'autres, comme la Nouvelle-Zélande et la Catalogne, ont confié à des agences la gestion opérationnelle des services. En Angleterre et en Alberta, on a institué ou consolidé des paliers régionaux d'autorité administrative alors qu'en France et en Allemagne, on a poursuivi dans la lignée du modèle « bismarckien » en optant pour le régime de caisses d'assurance.

Le Québec s'est également inscrit dans ce courant international en créant des régies régionales en 1992. La vision qui soutenait cette réforme était là aussi de créer une autorité régionale largement responsable de l'organisation et de l'administration de l'offre de services.

5.3.1.2 CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Au moment où le réseau de la santé et des services sociaux fait face à d'énormes défis de toutes sortes, la gouverne nationale doit aussi s'adapter pour être en mesure de fournir la vision et la direction à donner à notre système. Une bonne gouverne nationale se caractérise, avant tout, par la capacité de faire les meilleurs choix, de fixer les objectifs et de mesurer les résultats. Elle doit aussi créer les conditions nécessaires à une gestion efficace de cette très grande entreprise décentralisée de services qu'est le réseau, dans l'objectif de réussir l'adaptation continue de son organisation. Elle doit enfin rapprocher les centres de décision des personnes et de la communauté concernées par les décisions. Par gouverne nationale, nous entendons, au premier chef, le ministère de la Santé et des

Services sociaux, à la fois fiduciaire de l'intérêt public et individuel de la santé et du bien-être des Québécois et mandataire du gouvernement responsable devant l'Assemblée nationale. Cette gouverne nationale ne peut se limiter à une conception théorique ou abstraite de la responsabilité ministérielle. En réalité, la notion de gouverne nationale interpelle d'autres ministères, les partis politiques, les grands groupes d'intérêt nationaux et les médias qui détiennent des pouvoirs importants et qui n'hésitent pas à mettre tout leur poids dans la balance pour faire prévaloir, parfois leur vision, souvent leurs intérêts. L'exercice au quotidien de ce rapport de forces complique la tâche de ceux qui dispensent ou gèrent les services sur le terrain et nuit à la bonne gouverne générale du système.

Plusieurs groupes reprochent au Ministère d'avoir lancé au cours de la dernière décennie des politiques, dont celle de la santé et de bien-être, sans en assurer le suivi ou l'évaluation. On attribue cette lacune à des mandats conflictuels entre les régies et le Ministère et au sein de cette dernière instance, ainsi qu'à un manque de continuité et de stabilité dans les orientations relié au fait que le MSSS est constamment bousculé par les urgences ponctuelles.

Les établissements du réseau se sont donné sept associations bien organisées, les régies régionales sont regroupées au sein d'une conférence, les directeurs généraux, les cadres supérieurs et les cadres intermédiaires ont aussi leurs associations professionnelles. La plupart de ces associations ont des antennes régionales.

Toutes ces organisations, autres que syndicales, interviennent elles aussi fortement dans les affaires du réseau et s'interposent souvent entre les paliers officiels de gouverne. Souvent aussi, elles agissent comme des organismes quasi décisionnels, comme si elles avaient une légitimité politique pour décider des orientations du réseau, plutôt que comme des associations de services à leurs membres. Cela crée une situation que ne devraient encourager ni les personnes ni les établissements membres, et encore moins les régies régionales et le Ministère. Selon la Commission, il y aurait lieu de réviser le financement de ces organisations de façon à recentrer leurs actions sur les besoins réels des établissements au profit des clientèles à desservir. Enfin, en matière d'éthique et de sain fonctionnement du système, il n'est pas souhaitable que les cadres, les établissements et leurs associations adoptent des attitudes de contestation de l'autorité plutôt que de partenariat.

Les commentaires exprimés à l'égard de la gouverne nationale ne s'adressent donc pas

uniquement au ministère de la Santé et des Services sociaux. D'aucuns considèrent même que la pression continue exercée sur celui-ci par une sorte d'état de crise permanent, souvent exacerbé par un ou des groupes d'intérêt et répercuté par les médias, en rend la gestion épuisante et périlleuse. Dans cet environnement, la planification de l'évolution normale du réseau devient quasi impossible.

La gestion de crise n'est guère propice aux analyses en profondeur et crée une dynamique d'aspiration du pouvoir décisionnel vers le plus haut niveau. Une telle situation entraîne plusieurs risques. Le premier, c'est que la gestion de crise devienne le mode de gestion habituel du système, hautement centralisé et hiérarchique, alors que la plupart des experts et des expériences étrangères enseignent la nécessité de décentraliser, de rapprocher le plus possible le pouvoir décisionnel de la dispensation des services.

Le deuxième risque est l'instabilité, en raison d'un roulement de personnel parmi les dirigeants du Ministère, constamment happés par trop d'événements hors de leur contrôle. Rappelons que, depuis 10 ans, six titulaires se sont succédés au poste stratégique de sous-ministre en titre au MSSS, sans compter 22 sous-ministres adjoints. Imagine-t-on de grandes entreprises de services publics ou privés se développer de façon cohérente avec tant de changements à la haute direction ? Ce n'est pas par hasard si l'Institut de recherche sur les politiques publiques recommandait, en septembre dernier, à tous les premiers ministres du Canada de veiller à la stabilité des équipes de direction ministérielle dans le domaine.

Le troisième risque a trait à la perte de confiance de la population à l'égard de la qualité des services de santé et des services sociaux. L'écart de satisfaction que l'on observe entre les personnes qui ont reçu des services et les autres est d'ailleurs significatif : chez les premiers, plus de 90 % se disent satisfaits alors que seulement 60 % des seconds jugent les services satisfaisants.

Soulignons aussi que, malgré diverses tentatives de redéfinition en profondeur de la mission, des objectifs et du rôle du MSSS, les circonstances n'ont pas permis d'appliquer les meilleures solutions présentées après la réforme du début des années 1990. Une réflexion a bien été entreprise en 1995-1996 mais ses suites n'ont été que partielles. Quelques directions ont été redessinées et l'organigramme du Ministère a été modifié à plusieurs reprises, mais davantage dans une perspective ponctuelle que fondamentale. La Commission considère donc qu'il y a lieu pour le gouvernement d'analyser en profondeur

la mission, l'organisation et le fonctionnement de l'échelon national de la gouverne, représenté surtout par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en vue de clarifier son double mandat en matière d'élaboration des politiques et de responsabilité à l'égard du bon fonctionnement général de l'offre de services.

R-31 Nous recommandons :

- **Que le gouvernement précise le rôle de la gouverne nationale de façon à relever les défis politiques contemporains en matière de santé et de bien-être et à orienter la gestion globale des services sur la base des principes préconisés par la Commission;**
- **Que la révision du rôle du MSSS mette l'accent sur les fonctions visant l'élaboration des orientations stratégiques, des politiques sociosanitaires et l'évaluation des résultats;**
- **Que le gouvernement confie à un groupe de travail le mandat de le conseiller sur diverses options, notamment le renouvellement du Ministère, la création d'une agence nationale et toute proposition visant à adapter la gouverne nationale aux défis de l'avenir;**
- **Que ce groupe de travail soit composé d'administrateurs publics reconnus, de gestionnaires expérimentés du monde des affaires, de professionnels de la santé et de citoyens.**

Les travaux d'un tel groupe de travail devraient porter, entre autres, sur les éléments suivants :

- les défis liés aux orientations et aux choix politiques;
- les défis liés à la gestion globale du réseau;
- les pistes de réflexion proposées plus loin par la Commission.

5.3.1.3 LES DÉFIS LIÉS AUX ORIENTATIONS ET AUX CHOIX POLITIQUES

Parmi tous les défis de la gouverne nationale, certains sont de nature éminemment politique, au sens qu'ils font appel à la prise en charge judicieuse et réfléchie du bien-être de toute la population par l'État.

Un consensus de l'Assemblée nationale

En vue d'assurer la pérennité de notre système, il semble primordial d'établir, au plus haut niveau de notre démocratie, donc à l'Assemblée nationale, un consensus qui réaffirme l'attachement des Québécois aux valeurs fondamentales de solidarité, d'équité et de compassion sous-tendant notre système. Plusieurs groupes ont souhaité qu'un énoncé général à cet effet soit adopté comme déclaration de principe inspirant toute la gouverne de notre système.

Un tel consensus devrait également reconnaître l'apport irremplaçable de nos services au développement général de notre société, de même que la « noblesse » que nous reconnaissons au travail de tous ceux qui y dispensent directement ou indirectement des services. Nous croyons aussi qu'une telle déclaration de principe devrait reconnaître la nécessité de faire des choix fondamentaux et d'en débattre de façon ouverte, permanente et non partisane, en vue d'assurer la pérennité de notre système. Enfin, un tel consensus devrait aussi porter sur la nécessité d'exiger de notre réseau une performance de chef de file mondial en contrepartie d'un cadre budgétaire stable, transparent et prévisible.

Une politique de santé et de bien-être

Nous croyons qu'il faut remettre à jour la politique de santé et de bien-être par un processus participatif et décentralisé, à partir des collectivités locales et des personnes travaillant dans le réseau, en vue d'en faire à la fois un projet pour chaque territoire, chaque établissement et un processus éducatif pour la population. Ce serait également l'occasion d'arrimer l'élaboration des grandes orientations de cette politique à l'organisation des services sur le terrain. Souvent durant les travaux de la Commission, a été évoqué un tel projet comme une occasion unique de remobiliser le personnel du réseau et de donner une nouvelle direction à l'organisation des services.

Des mécanismes d'évaluation du panier de services et des technologies

L'accélération du développement des technologies et la nécessité d'évaluer de façon continue la pertinence du panier de services assurés forceront tous les systèmes publics à faire des choix en raison des ressources limitées des États. Les experts québécois,

canadiens et internationaux consultés sont unanimes à le dire.

Pour maintenir intactes les valeurs d'équité, de solidarité et de compassion, il devient urgent de définir des mécanismes appropriés pour faire ces choix, tout en s'assurant la participation des experts scientifiques, médicaux et éthiciens, ainsi que celle des citoyens et des élus. C'est un travail énorme et ardu déjà entrepris par les nations les plus avancées et qu'il est urgent d'amorcer au Québec en vue d'adapter le panier de services à l'évolution des besoins et aussi sur des bases d'équité et d'efficience.

La modernisation des cinq grands principes de la *Loi canadienne sur la santé*

Les cinq grands principes de la Loi canadienne sur la santé doivent de toute évidence être modernisés sans remettre en cause les valeurs de solidarité, d'équité et de compassion qui les sous-tendent.

L'application rigide de ces notions, sur la base d'une interprétation faite par le gouvernement canadien il y a plusieurs années, ne tient pas compte de l'évolution des modes de prestation de services. Bon nombre d'experts canadiens le reconnaissent.

Le Québec dispose d'experts et de spécialistes de grande qualité pour assumer avec le MSSS un leadership certain et proposer une interprétation contemporaine de ces principes. En raison de son dynamisme et d'une couverture de services globalement bien plus large que ne l'exige le respect à la lettre de la loi canadienne, le Québec est bien placé pour promouvoir cette initiative auprès des provinces canadiennes et du gouvernement fédéral.

L'action interministérielle sur les déterminants de la santé

Des gains substantiels en matière de santé et de bien-être pourraient être obtenus par des actions soutenues et cohérentes sur les déterminants de la santé. C'est le Ministère qui doit avoir la responsabilité d'un plan d'action gouvernemental permanent et interministériel pour lutter contre les déterminants négatifs. Le Québec a fait preuve de clairvoyance en intégrant la dimension des services de santé et des services sociaux il y a déjà plusieurs années. Il faut non seulement conserver cette cohabitation mais la pousser encore plus loin dans la gestion préventive du bien-être des Québécois.

Dans ce monde de la santé qui évolue très vite, le Ministère a par ailleurs la double responsabilité de valoriser notre système de santé et de services sociaux et de tenir les citoyens informés des différents enjeux en vue de les associer aux débats et aux choix publics.

La formation, la recherche et le développement

Les enjeux en cette matière sont énormes. Le prochain quart de siècle verra une évolution accélérée des sciences de la santé, de la médecine à la pharmacologie, de la biotechnologie à l'organisation des services, de l'utilisation du laser à la télé-santé. Il faudra donc orienter la recherche fondamentale, clinique, populationnelle et celle sur les services en fonction de l'évolution des connaissances, des besoins de la population et des grands choix du Québec.

Il revient au MSSS d'assumer un rôle de vigie, d'être à l'avant-scène comme leader dans la formation des consensus nécessaires entre le réseau, les universités, les CHU et l'industrie pour faire bénéficier le Québec de manière optimale de tous ces progrès. La Commission est convaincue qu'il est tout à fait possible qu'une médecine, des soins et des services de pointe puissent à la fois servir nos intérêts en matière d'accès à des services de diagnostic et de traitements sophistiqués et constituer un levier de développement économique dans des secteurs d'avenir.

5.3.1.4 LES DÉFIS LIÉS À LA GESTION GLOBALE DU RÉSEAU

L'administration de l'offre de services présente aussi des défis majeurs au plan managérial.

La performance et la reddition de comptes

La vision et les grands objectifs de résultats à atteindre sont déterminés par l'autorité politique. Pour en assurer l'actualisation, il importe de développer des indicateurs clés qui évaluent la performance générale du réseau de façon régulière. L'implantation d'une culture d'excellence et de performance suppose aussi qu'on favorise la promotion sur les plans clinique et financier des meilleures pratiques basées sur des faits probants. La création en Grande-Bretagne du National Institute for Clinical Excellence pourrait nous inspirer. La mise en place d'un mécanisme annuel de reddition de comptes bien structuré

donnerait également tout son sens à un contrôle gouvernemental et parlementaire portant sur la finalité du système plutôt que sur les processus.

Une approche de plan d'affaires et de contrat de performance

La saine gestion de toute grande organisation de services exige d'adopter des orientations stratégiques et budgétaires pluriannuelles ainsi que des plans d'affaires mis à jour chaque année. La Commission croit que les régies régionales devraient adopter ces orientations et ces plans d'affaires en fonction des attentes communiquées et des ressources financières disponibles. Ces orientations devraient se concrétiser par la signature de contrats de performance axés sur des objectifs opérationnels et des indicateurs convenus et évalués chaque année.

Cette approche devrait aider à renforcer l'adoption de valeurs et de règles managériales dans l'ensemble du système et à objectiver la reddition de comptes annuelle des régies à l'autorité nationale en indiquant les responsabilités réciproques de chaque palier. L'implantation d'une approche similaire de la part des régies envers les établissements nécessitera les mêmes efforts et contribuera largement à mettre tout le réseau en mode opération, gestion et imputabilité plutôt qu'en mode revendication et déresponsabilisation.

L'allocation optimale des ressources financières

Il faut passer d'un modèle de budgétisation historique vers un mode basé sur une pondération per capita au niveau territorial et, pour les établissements, sur le coût et le volume des activités. Ce travail long et ardu devra progressivement toucher toutes les catégories d'établissements et être poursuivi de façon méthodique et factuelle.

La Commission considère que l'allocation des ressources financières aux régies régionales et aux établissements, en vue d'actualiser les orientations gouvernementales, nécessite un environnement où prime la rigueur administrative : c'est à cette condition que la performance sera réellement au service de l'équité. Aux yeux de la Commission, il n'est pas acceptable sur le plan administratif que des dirigeants de régies ou d'établissements négocient auprès du ministère l'accroissement de leurs budgets en utilisant la pression des médias. Seule une méthode rigoureuse fondée sur des indicateurs éprouvés permettra d'échapper à cette dynamique.

La restructuration des programmes nationaux

Au Québec, compte tenu de la taille de la population, plusieurs services ultraspécialisés ne peuvent être disponibles qu'à l'échelle nationale ou suprarégionale. L'acquisition et la distribution des équipements médicaux les plus coûteux doivent être optimisées pour en assurer une utilisation maximale.

Les grands programmes nationaux, comme le Programme de lutte contre le cancer, ou les grands projets nationaux, tels que la clarification de la mission et de l'organisation des établissements à vocation universitaire, le développement d'un projet décennal pour les CHU, et les deux grands projets de construction d'hôpitaux universitaires à Montréal, voilà autant de dossiers de gestion cruciaux pour compléter une restructuration ordonnée de nos services nationaux.

L'adaptation des services de 1re et 2e lignes

Implanter les orientations de la Commission en ce qui concerne l'adaptation de la 1re et de la 2e ligne représentera en fait un défi largement opérationnel. Il faudra là aussi soutenir et coordonner l'action des régies pendant plusieurs années pour qu'émerge cette nouvelle configuration d'un réseau de médecine familiale, bien arrimé à des CLSC renouvelés, des réseaux de services intégrés, notamment pour les personnes en perte d'autonomie, et des corridors de services efficaces, basés sur une approche contractuelle. Le succès de cette implantation reposera sur la pérennité des orientations, et sur la qualité et la stabilité du management.

L'informatisation du réseau

Il faut développer des systèmes d'information pour soutenir les décisions cliniques et de gestion, mesurer la performance et apprécier les résultats. Il convient d'informatiser les établissements et les cabinets de professionnels, les mettre en réseau et implanter le dossier-client partageable grâce à la carte à micro-processeur. Il s'agit d'investissements imposants dans les technologies de l'information qui nécessiteront une forte coordination de l'étape de la définition des besoins à celle de l'implantation des systèmes et des équipements. Le partenariat avec le privé paraît aussi essentiel que prometteur à la condition que la gestion de ces projets d'investissement puisse se faire dans un véritable environnement d'affaires, transparent et le moins bureaucratique possible.

L'innovation dans l'organisation du travail

La mise à niveau des services de soutien et des services techniques dans les établissements dotés de services d'hôtellerie nécessitera une adaptation majeure dans l'organisation du travail. Un tel défi ne peut être relevé avec succès qu'aux conditions suivantes : créer une relation de confiance entre patrons et employés, basée sur des projets gagnant-gagnant, et une approche dynamique.

La réduction de la taille de l'appareil bureaucratique

La clarification des rôles aux différents paliers de la gouverne devrait conduire à des responsabilités mieux définies des intervenants à tous les niveaux et ainsi diminuer les risques de dédoublement souvent dénoncés devant la Commission. En conséquence, le MSSS et les régies devraient diminuer leur effectif substantiellement de façon à pouvoir se mesurer avantageusement avec les administrations publiques comparables.

5.3.1.5 QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION

Deux approches ont été proposées à la Commission à l'égard du rôle, de la taille et du fonctionnement du Ministère. Fort différentes en apparence, ces approches visent toutes deux à renforcer le leadership du Ministère sur les enjeux de fond en matière de santé et de services sociaux et à le distancer des opérations. Elles découlent toutes deux d'une même volonté de cohérence en regard d'une bonne gouverne générale d'un système à trois paliers et de la reconnaissance de l'importance de faire des choix éclairés au niveau politique et de gérer sur un mode performant.

Renouveler le Ministère

En 1996, un comité d'experts a reçu mandat du ministre de l'époque de procéder à l'examen des responsabilités respectives du Ministère, des régies régionales et des établissements. Son rapport a été déposé le 9 décembre 1996 [37].

De l'avis de la Commission, ces principales propositions sont toujours pertinentes. Ce comité proposait une vingtaine de recommandations visant à renouveler le Ministère afin

37 Deschênes, Jean-Claude et al., *Examen des responsabilités respectives du ministère de la Santé et des Services sociaux, des régies régionales et des établissements, réflexions et propositions*, décembre 1996.

que celui-ci priorise son rôle stratégique, élimine les duplications avec les régies, développe des indicateurs clés et organise de façon générale l'évaluation de la performance et la reddition de comptes. Plusieurs recommandations portaient sur divers aspects du fonctionnement interne du Ministère, une révision profonde du plan d'organisation et une diminution de son effectif. Parmi les propositions de la Commission visant à clarifier les rôles et l'imputabilité des différents niveaux de gouverne, celles visant à diminuer l'effectif du Ministère nous semble toujours d'actualité.

Un survol de la documentation officielle de différents États montre que les ministères de la Santé et des Affaires sociales de la Finlande, de la Norvège et de la Suède comptent respectivement 400, 330 et 180 employés. Il convient d'ajouter que ces ministères sont soutenus par diverses agences. Dans l'État australien de New South Wales, avec 6,4 millions d'habitants, le Ministère compte 450 employés et coordonne 17 entités régionales. La Catalogne, dont la population est aussi de 6 millions, a créé une Agence de gestion de la santé qui administre les 18 régions sanitaires, et son ministère de la Santé et de la Sécurité sociale compte 565 employés. Selon le rapport annuel du MSSS de 1999, 660 fonctionnaires étaient en poste.

La création d'une agence nationale ou d'une société d'assurance-santé du Québec

La structure ministérielle telle qu'on la connaît depuis 1970 est-elle toujours adaptée au contexte actuel pour agir comme principal instrument de gouverne en fait d'administration globale de l'offre de services ? Ne faudrait-il pas créer une agence ou une société publique dotée d'un conseil d'administration hautement crédible pour coordonner l'administration de l'offre de services, en conformité avec les orientations et les budgets décidés par le gouvernement, auquel cas le ministère, ainsi allégé, verrait plutôt à élaborer les politiques, à définir les standards et à évaluer les résultats ?

Ceux qui favorisent une division organique entre les fonctions d'élaboration des politiques et d'administration de l'offre de services considèrent que les défis en matière d'élaboration de politiques, de standards et d'évaluation seront tels au cours des 10 à 15 années à venir qu'il serait irréaliste de confier en plus à un même ministère la conduite de changements aussi vastes dans l'organisation et les modes de budgétisation des services. Nombreux sont ceux qui affirment la nécessité de créer une structure beaucoup plus « opérationnelle », plus flexible, moins lourde et de taille réduite qui coordonne

l'action des régies régionales et qui implante les mesures proposées pour les 1re et 2e lignes, dans le cadre d'une autonomie régionale forte, d'une imputabilité claire et bien articulée envers le niveau de gouverne nationale.

D'autres considèrent qu'une telle approche faciliterait l'émergence d'un nouveau paradigme permettant, d'une part, aux élus de concentrer leur action sur les grands enjeux et leur suivi, et d'autre part, à l'ensemble des professionnels du réseau, à leurs gestionnaires et aux travailleurs de se concentrer sur les résultats et la performance du système : ainsi, ils deviendraient davantage des partenaires imputables collectivement.

Sachant que cette hypothèse est novatrice, la Commission a voulu illustrer quel pourrait être le profil d'une telle agence ou société en vue d'inspirer la réflexion.

Un modèle d'agence nationale à considérer

La mise sur pied d'une telle agence nationale, ou société d'assurance-santé du Québec, exigerait, en premier lieu, de donner au Ministère une mission nationale comparable, et aussi une taille, à ce qui existe dans les pays ou États comparables, notamment dans les pays scandinaves.

En second lieu, cela amènerait conséquemment le regroupement, autour de la structure administrative de la RAMQ, qui serait juridiquement incluse dans la nouvelle société, de 100 à 200 fonctionnaires du MSSS. Ceux-ci proviendraient des unités orientées davantage vers l'administration, la coordination régionale et l'opérationalisation de grands programmes.

Un tel redéploiement devrait respecter les ressources humaines concernées mais aussi, à l'occasion de la clarification des rôles, viser à réduire considérablement les ressources chargées de la gouverne nationale et régionale.

Les principaux pouvoirs et mandats d'une telle agence ou société pourraient être les suivants :

- Allouer les ressources financières aux régies régionales en vue d'actualiser les orientations gouvernementales et ministérielles en matière de santé et de bien-être.
- Favoriser l'utilisation intégrée de toutes les ressources humaines et financières tant au niveau local que régional.

- Coordonner les régies régionales dans l'adaptation progressive et continue des réseaux de services de 1re et 2e lignes selon les grandes orientations gouvernementales, notamment en ce qui a trait au déploiement du réseau de médecine familiale et des réseaux de services intégrés.
- Établir chaque année, sous l'autorité de la ministre, les orientations stratégiques et budgétaires triennales et le plan d'affaires annuel de l'agence ou société en fonction des ressources financières accordées par le gouvernement et des orientations ministérielles en santé et bien-être.
- Établir annuellement les objectifs opérationnels, les indicateurs de performance ainsi que les principales stratégies d'opération pour elle-même et les régies, et faire rapport aux autorités ministérielles, gouvernementales ou parlementaires dans l'esprit de la *Loi sur l'administration publique*.
- Négocier avec chaque régie régionale un contrat de performance triennal en matière d'organisation de services et de résultats financiers avec une évaluation et une reddition de comptes annuelle.
- Gérer de façon intégrée l'enveloppe budgétaire de la RAMQ et les diverses allocations annuelles du MSSS en vue d'assurer la fluidité budgétaire et une répartition progressivement équitable des ressources financières à toutes les régions sur la base d'une méthode de *per capita* pondérée.
- Négocier de façon permanente avec les fédérations médicales et les syndicats des employés les meilleurs moyens d'adapter les clauses normatives et l'organisation du travail dans deux objectifs : répondre aux exigences d'amélioration continue de la performance des organisations et augmenter la satisfaction du personnel dans le cadre des conventions existantes.
- Proposer au ministère la nomination des administrateurs des régies régionales.

Un conseil d'administration composé de 11 à 15 personnes, choisies parmi les plus éminentes de la société québécoise, et un président-directeur général seraient nommés par le gouvernement pour administrer les affaires de la société en conformité avec la loi constitutive et les orientations gouvernementales.

L'esprit dans lequel cette société pourrait naître serait celui d'une organisation légère, très opérationnelle et orientée vers des résultats, pleinement imputable mais disposant de moyens, de l'autorité légale et morale suffisante pour implanter concrètement une culture d'excellence et de performance dans l'organisation et le fonctionnement des services.

En confiant une telle tâche à une organisation plus « civile » que « gouvernementale », l'ensemble des gestionnaires, locaux et régionaux, des professionnels de la santé et des travailleurs comprendraient vite le passage d'un paradigme de gestion, dans un environnement gouvernemental et politique, à un paradigme entrepreneurial de management et de « société civile ».

5.3.2 LA GOUVERNE RÉGIONALE

Une des caractéristiques des sociétés modernes consiste à vouloir rapprocher l'administration des services publics des citoyens afin de les adapter à leurs besoins et à leurs attentes. Au Québec, dans le domaine de la santé et des services sociaux, la régionalisation a pris forme dès le début des années 70, avec la création des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS). La réforme des années 90 a renforcé cette tendance avec la transformation des CRSSS en Régies régionales de la santé et des services sociaux. On passait d'un organisme consultatif du MSSS à une entité imputable à sa région et au Ministère, munie de pouvoirs de planification, d'organisation des services et d'allocation des ressources sur son territoire.

Ce mouvement de régionalisation s'est étendu à toutes les provinces canadiennes, sauf en Ontario; les *Regional Health Authorities*, dont la forme et les mandats varient d'une province à l'autre, partent du même principe : confier la responsabilité d'organiser et parfois de gérer les services à une instance régionale. Même en Ontario, la Commission sur la restructuration des services de santé proposait en mars 2000 le principe de gouverne suivant : « *La direction (du système de santé) doit se trouver dans des régions ou des subdivisions géographiques de la province dont la définition a été généralement acceptée (à l'exception de la région formée par la fusion de municipalités maintenant appelée la Communauté urbaine de Toronto, dans laquelle des divisions non géographiques seraient plus adéquates)* ».[38]

Les experts invités par la Commission ont fait valoir que l'approche de régionalisation dans la plupart des pays européens présente trois paliers de gouverne : un palier local pour les services de base; un palier régional qui applique les politiques nationales en tenant compte des caractéristiques de la région et qui coordonne l'offre régionale de services; un palier national qui élabore les grandes politiques, coordonne les régions et

38 Commission sur la restructuration des services de santé (2000). ***Regard sur le passé, regard vers l'avenir : rapport de travail.*** Toronto (Ontario).

gère les grands dossiers nationaux. En d'autres termes, les experts nous ont dit que si nous faisions disparaître les régies régionales, il faudrait les remplacer par un autre mécanisme régional.

La Commission a aussi réalisé, au cours de ses consultations régionales et de ses audiences nationales, à quel point les personnes et les groupes entendus tiennent à la régionalisation et, en particulier, à leur régie régionale. Celle-ci leur donne l'occasion d'être consultés et de participer aux décisions qui les concernent dans leur région. Chaque région se dit différente et veut être reconnue comme telle.

Au Québec, les régies régionales ne sont pas des instances de prestation de services, ni des instances politiques. Elles n'ont ni pouvoir réglementaire, ni capacité fiscale autonome. Leur justification dépend de leur utilité sociale qui repose sur la volonté politique de responsabiliser une population à l'égard des services dont elle a besoin et d'associer des citoyens aux décisions en cette matière. Leur utilité tient aussi à la volonté d'éviter, soit la domination des seuls intérêts locaux, surtout de la part des établissements les plus puissants, soit la prépondérance des intérêts politiques du moment. La responsabilité régionale d'organiser les services et d'allouer les ressources devrait permettre d'améliorer l'efficacité de la prise de décision grâce à une meilleure connaissance des réalités du territoire. Enfin, l'existence des régies régionales devrait dégager le MSSS de responsabilités opérationnelles et lui permettre de remplir sa mission fondamentale, soit l'élaboration des politiques de santé et de bien-être, de gestion de grands mandats nationaux et l'évaluation des résultats.

Si peu de groupes ont suggéré la disparition des régies régionales, certains ont demandé d'en réduire le nombre. D'autres ont souligné le problème de certaines délimitations territoriales, par exemple Montréal, Laval et les couronnes nord et sud de la région métropolitaine. Certains ont soulevé la difficile cohabitation d'un établissement important, qui monopolise une part notable du budget de la région, avec une régie régionale. Beaucoup de critiques ont porté sur la composition et le mode d'élection des membres du conseil d'administration. On a remis en question la légitimité des élus vu que le taux de participation aux élections est généralement très faible.

L'imputabilité des conseils d'administration élus est ambiguë : sont-ils imputables à la population de leur région par l'entremise de ceux qui les ont élus ou sont-ils imputables au MSSS qui leur donne les orientations, finance les services et compte sur eux pour

implanter les programmes et organiser les services dans leur région ? Nous avons très bien perçu cette ambiguïté lors de la tournée des régions. Elle est d'autant plus présente qu'il y a confusion, dans les faits, entre les rôles et les pouvoirs des établissements, des régies et du ministère. Les régies régionales ont l'impression que des décisions, qui relevaient d'elles il y a quelques années, se prennent maintenant au ministère.

Les établissements le pressentent et certains se disent qu'il est plus rapide et efficace d'aller directement « en haut ». Les régies ont aussi l'impression que le ministère et le gouvernement ne leur font plus confiance pour « régler les problèmes »; en conséquence, le ministère s'implique de plus en plus dans la gestion directe des établissements. Il en résulte une duplication et une perte de crédibilité. Enfin, beaucoup de personnes et de groupes ont déploré la bureaucratisation et la lourdeur des processus dans les régies régionales.

La Commission a analysé divers scénarios : remplacement des régies par des bureaux régionaux, réduction du nombre de régies à 7 et à 4. Nous avons rapidement éliminé l'approche des bureaux régionaux. D'une part, très peu de personnes l'ont recommandée. D'autre part, nous jugeons essentiel de maintenir un équilibre entre les régions et le pouvoir central pour adapter les services aux réalités régionales et promouvoir l'équité dans l'accès aux services. Même s'il ne s'agit pas d'une réelle décentralisation, nous pensons qu'une dévolution est préférable à une simple déconcentration. Nous avons tenu compte de la politique gouvernementale actuelle qui veut redonner aux régions plus de contrôle sur certaines activités touchant les citoyens. Cette volonté est très enracinée dans les régions, comme nous avons pu le constater. Enfin, les tendances canadienne et internationale vont dans le sens de la régionalisation qui permet une organisation de services de santé et de services sociaux mieux adaptée aux besoins et caractéristiques de la population.

Nous n'avons pas retenu les scénarios voulant réduire le nombre de régies à 4 ou à 7. Pourtant, plusieurs arguments de simplification de la gestion militaient en faveur de cette réduction et on peut présumer qu'une répartition différente des territoires aurait permis de créer des régies de plus grande taille et mieux équilibrées entre elles. On aurait probablement éliminé certains problèmes d'établissements « trop gros » dans des régies « trop petites ». Nous avons choisi de ne pas proposer de changement, à court terme, ni du nombre ni du territoire des régies. Les régies régionales et les régions qu'elles desservent sont le résultat d'arbitrages politiques délicats et sensibles.

De plus, malgré les critiques formulées à l'égard des régies, l'opinion prédominante retenue par la Commission est que celles-ci offrent un lieu de rapprochement et d'influence pour les citoyens sur des questions les touchant directement. Cela crée un réel sentiment d'appartenance à cette institution régionale. De plus, tel qu'elles l'ont démontré au cours des dernières années, les régies peuvent, grâce à leur connaissance du milieu, réorganiser de façon efficace les services en région surtout durant les périodes où les ressources sont plus rares.

Compte tenu du contexte des dernières années, où les changements de structure ont été difficiles, nous avons préféré ne pas ouvrir de confrontations à ce sujet et concentrer les efforts de changement ailleurs : sur une conception d'organisation des services, une philosophie de gestion et des modalités d'exercice de la gouverne. De plus, avec 16 régies régionales et 2 conseils régionaux, le Québec reste comparable à d'autres provinces canadiennes et à d'autres pays occidentaux.

Cependant, si l'on décide de maintenir les régies régionales, il faut qu'elles puissent exercer les pouvoirs qu'on leur a attribués, qu'on précise leurs responsabilités, qu'on décide clairement de leur imputabilité et qu'on les évalue sur les résultats. Nous proposons que les régies adoptent les principes directeurs proposés en début de chapitre, autant dans leur fonctionnement que dans les relations avec les établissements.

Les changements que nous proposons dans l'organisation des services et dans le financement vont nécessiter un nouveau leadership des régies et une nouvelle dynamique organisationnelle avec les établissements et les cabinets de médecins. C'est aux régies d'amorcer ces changements, de les appuyer, de les faciliter dans une approche plus entrepreneuriale que bureaucratique. La régie doit avoir confiance en la capacité et l'initiative des équipes de professionnels et de gestionnaires sur le terrain et leur accorder de l'autonomie. L'entente contractuelle, basée sur l'évaluation des résultats, doit remplacer les directives.

R-32 Nous recommandons :

Que le MSSS confirme la nécessité de régies régionales, responsables et imputables envers lui, disposant d'une large marge de manœuvre et d'autonomie pour actualiser les orientations ministérielles en santé et services sociaux, organiser les services dans la région et allouer les ressources.

En appui à cette recommandation, 7 propositions :

5.3.2.1 RENFORCER LES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES RÉGIES RÉGIONALES ET CLARIFIER LEUR IMPUTABILITÉ

Nous croyons qu'il faut renforcer les conseils d'administration des régies régionales et clarifier leur lien d'imputabilité. Ailleurs au Canada ou à l'étranger, les membres du conseil d'administration ne sont élus que dans très peu de structures régionales. Il y a généralement élection si l'autorité régionale a un pouvoir de taxation. Sinon, les membres sont généralement nommés par le gouvernement, après consultation ou sur recommandation de groupes représentatifs de la population. Ce mode de nomination permet la participation des citoyens au processus décisionnel tout en clarifiant le lien d'imputabilité sur le plan de la gouverne. C'est aussi le moyen de s'assurer que le conseil d'administration compte des membres compétents en matière de gouverne pour bien administrer les centaines de millions que l'État leur confie.

Afin d'éliminer les critiques et les frictions quant à la légitimité des membres du conseil d'administration des régies, ce qui en vient à briser le lien de confiance entre les deux paliers de gouverne, à l'échelon national et régional, nous sommes d'avis que ces membres doivent être nommés par le gouvernement. Toutefois, des précautions devront être prises afin d'éviter les conflits de rôle et toute forme de partisanerie qui risqueraient de disqualifier cette structure régionale aux yeux de la population. En conséquence, la Commission propose :

P-47 Nous proposons :

Que le conseil d'administration des régies régionales soit composé de 14 membres nommés par le gouvernement, dont :

- **4 personnes reconnues pour leur compétence en matière de gestion et résidant dans diverses parties du territoire régional;**
- **3 personnes reconnues pour leur compétence en matière de gestion et provenant du milieu de la santé et des services sociaux;**
- **1 député – et non un ministre - choisi par les membres de l'Assemblée nationale de la région concernée selon un mécanisme à convenir;**
- **1 personne du milieu communautaire;**
- **1 personne du milieu de l'enseignement;**
- **1 personne du milieu syndical;**
- **le président de la Commission médicale régionale;**
- **le président de la Commission infirmière régionale;**
- **le directeur général.**

5.3.2.2 LA CONSTITUTION DE FORUMS DE CITOYENS

P-48 Nous proposons :

Que le conseil d'administration des régies ait la responsabilité de constituer un Forum de citoyens pour le conseiller sur les enjeux de santé et de bien-être de la région.

Les régies régionales doivent stimuler la participation des citoyens par des moyens modernes d'information et de consultation. La Commission est d'avis qu'un Forum des citoyens présidé par le président ou le vice-président du conseil d'administration de la régie, doit être mis sur pied dans chaque région. Ce Forum serait constitué de 15 à 20 personnes représentant le point de vue des citoyens du territoire. Les membres de ce Forum seraient nommés par le conseil d'administration de la régie, à partir d'une liste proposée par les comités d'usagers, les organismes communautaires, les groupes

syndicaux et socio-économiques ainsi que les associations vouées à la santé et au bien-être de leur région. Il faudrait aussi tenir compte de la représentativité des groupes d'âge, des problématiques sociosanitaires, des sexes et des sous-territoires. Il aurait pour mandat d'organiser des rencontres publiques propres à la dynamique de chaque région et de fournir avis et recommandations au conseil d'administration sur les questions relatives à la satisfaction de la clientèle.

5.3.2.3 LA CRÉATION D'UNE COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

P-49 Nous proposons :

Que le conseil d'administration de chaque régie régionale mette sur pied une Commission infirmière régionale afin de le conseiller sur l'organisation des soins et leur intégration sur le territoire.

Cette proposition va dans le sens du mouvement que nous voulons imprimer aux services de 1re ligne et qui attribue un grand rôle aux infirmières dans l'organisation et l'offre de services par le biais d'une équipe multidisciplinaire. La Commission infirmière régionale et le DRMG travailleront en étroite collaboration afin de soutenir le déploiement harmonieux des effectifs médicaux et infirmiers et trouver des solutions adéquates aux différentes problématiques liées à la prestation des soins dans la région.

5.3.2.4 LE RENFORCEMENT DES OPÉRATIONS DE GESTION

Afin d'appuyer les régies dans l'exercice de leur mandat et de clarifier leur imputabilité, la Commission présente quatre propositions complémentaires visant à renforcer leurs opérations de gestion.

P-50 Nous proposons :

Que les régies régionales adoptent les principes directeurs de gouverne de la Commission : la responsabilité populationnelle, la territorialité, l'imputabilité, la primauté aux résultats, la subsidiarité, l'importance de la gestion et la participation des citoyens.

P-51 Nous proposons :

Que les responsabilités et l'imputabilité de la régie régionale envers l'autorité centrale soient concrétisées dans un contrat de performance triennal, négocié entre les deux parties, avec évaluation et ajustement annuel.

P-52 Nous proposons :

Que la régie régionale ait un pouvoir de surveillance et d'enquête dans les cas suivants :

- **un établissement ne respecte pas la loi et ses règlements;**
- **un établissement tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes desservies;**
- **un établissement est sérieusement soupçonné de malversation ou de faute grave de gestion.**

P-53 Nous proposons :

Que le directeur général soit nommé par son conseil d'administration, cette nomination devant être approuvée par la ministre.

En résumé, si l'on maintient des régies régionales, il faut qu'elles puissent réellement exercer leurs responsabilités et en être imputables. Il faut aussi qu'elles puissent signer des contrats de performance avec le MSSS et avec les établissements, et avoir un pouvoir de surveillance et d'enquête. À défaut, il vaudrait peut-être mieux envisager abolir les régies régionales. La pire situation consiste à les garder et à maintenir la confusion quant à leur rôle et à leurs responsabilités.

5.3.3 LA GOUVERNE DES ÉTABLISSEMENTS

Plusieurs personnes et groupes ont fait part de la confusion régnant dans la répartition des rôles et responsabilités entre les établissements. Sur le terrain, le citoyen qui a besoin de services se demande qui est responsable de quoi entre le CLSC, les cabinets de médecins, les hôpitaux, les CHSLD, les centres de réadaptation, les centres jeunesse. Il a

l'impression que les structures actuelles soutiennent le fonctionnement en « silos », les « guerres de clochers » et les « conflits entre professionnels ». Il trouve la situation inacceptable et demande de « faire le ménage » dans cette organisation, surtout sur le plan local, près de chez lui. Par ailleurs, plusieurs groupes nous ont démontré que le regroupement d'établissements de missions différentes ou l'unification de leurs conseils d'administration, dans un territoire donné, avait permis des gains appréciables en matière d'intégration et de continuité de services et avait facilité l'exercice de la gouverne.

Les équipes de professionnels ont de la difficulté à savoir qui décide dans les établissements. Dans le domaine de la santé, les professionnels non médicaux et les gestionnaires nous disent que les médecins prennent des décisions qui affectent l'organisation des soins et, par voie de conséquence, l'équilibre budgétaire, mais qu'ils ne s'en rendent pas imputables. De leur côté, les médecins nous disent ne pas vraiment faire partie du processus décisionnel de l'établissement et se sentir « hors réseau ». Dans le domaine social, les équipes sont souvent aux prises avec des problèmes de partage de responsabilités au sein du réseau et avec les partenaires hors réseau, les écoles, les centres à la petite enfance et les organismes communautaires.

Les gestionnaires affirment être dépossédés de plus en plus de leur « champ de gestion ». Beaucoup de grands enjeux se négocient et se décident au niveau central, souvent jusque dans les détails opérationnels : les conventions collectives, les ententes avec les fédérations médicales, les ententes avec les cadres, les demandes d'équipement. La réglementation s'alourdit et le nombre de directives s'accroît. Les membres des conseils d'administration ne savent plus quelles sont leurs responsabilités : certains nous disent qu'ils ne font qu'entériner des décisions déjà prises. Plusieurs disent avoir été élus ou nommés pour « défendre » les intérêts de leur établissement, pas pour développer un réseau, ni même respecter l'équilibre budgétaire. Les directeurs généraux ne savent plus s'ils sont imputables à leur conseil d'administration, à la régie régionale ou au ministère. Cette confusion s'accroît lorsque les responsabilités et l'imputabilité aux paliers régional et national ne sont pas claires.

Plusieurs personnes ou groupes ont souligné les difficultés de gouverne rencontrées lorsque des employés siègent au conseil d'administration. Il survient des conflits de rôle qui nuisent au bon fonctionnement du conseil et qui remettent en question la légitimité du conseil. Par ailleurs, on nous a aussi déclaré que les conseils d'administration, en plus de compétences administratives, doivent absolument conserver des compétences cliniques.

En résumé, les gestionnaires et les professionnels des établissements demandent des orientations claires. Ils veulent savoir de qui ils relèvent et à qui ils sont imputables. Ils veulent une marge de manœuvre pour gérer et offrir leurs services et ils demandent à être évalués sur les résultats.

Nous réaffirmons ici l'importance de nos principes directeurs et souhaitons que l'ensemble des établissements y adhèrent : responsabilité « populationnelle », imputabilité et primauté aux résultats, subsidiarité, importance de la gestion et participation des citoyens.

Selon le premier principe, la raison d'être des établissements et des cabinets de médecins, est d'offrir des services à une population et aux individus qui la composent. La responsabilité est tout autant individuelle que « populationnelle ». Les établissements et les cabinets de médecins ont une responsabilité conjointe face aux services à assurer à la population.

Au Québec, sur le plan local, cette responsabilité « populationnelle » s'exercera sur un territoire géographique bien identifié. Le territoire en question correspond au territoire de référence pour l'organisation des services de santé et des services sociaux de 1re ligne, généralement un territoire de CLSC ou de MRC.

Dans les grands centres, la notion de territoire peut prendre différentes formes. L'important, c'est que les individus s'y retrouvent aisément. La régie régionale devra organiser sa base de services de 1re ligne en fonction d'autres facteurs, comme la mobilité de la population, le lieu de travail, la vie de quartier, l'existence de réseaux déjà organisés, les réalités culturelles ou linguistiques.

Les principes directeurs veulent rappeler le rôle primordial du *Groupe de médecine de famille*, du CLSC et de l'hôpital local comme premier lieu où le citoyen reçoit ses services. C'est là où l'essentiel de l'action se passe. Il faut que la régie régionale laisse à ces divers acteurs une autonomie d'action à la hauteur de leurs responsabilités. En retour, il faut que les « producteurs » de services acceptent l'obligation de performance. C'est la raison pour laquelle nous proposons que ces obligations soient négociées grâce à un contrat de performance entre les régies et les établissements concernés.

5.3.3.1 FACILITER L'INTÉGRATION DES SERVICES DE 1re LIGNE

R-33 Nous recommandons :

> **Que les établissements de 1re ligne soient regroupés sous une gouverne unique dans un territoire donné. Celle-ci devrait regrouper, au sein d'un conseil d'administration unifié, les CLSC, les CHSLD et, le cas échéant, l'hôpital local.**

La Commission a recommandé la mise en place, pour une population donnée, de réseaux de services de santé et de services sociaux de 1re ligne d'accès facile à tous. Ce changement oblige à une action concertée de tous les acteurs et établissements chargés de dispenser ces services sur son territoire, notamment les CLSC, les cabinets de médecins, les CHSLD, les hôpitaux dits de proximité et les organismes communautaires.

À ce jour, dans plusieurs territoires, l'unification des conseils d'administration des CLSC et des CHSLD a donné des résultats appréciables, dont une concrétisation de l'approche de population, une meilleure intégration des services, une meilleure utilisation des ressources consacrées à l'administration et une efficience accrue des établissements. Nous croyons que ce mouvement doit être encouragé par un encadrement législatif facilitant le rapprochement des conseils d'administration d'établissements qui distribuent des services à une même population, sur une base territoriale, là où c'est applicable.

De plus, nous croyons qu'il serait possible, dans plusieurs territoires, d'inclure les hôpitaux de proximité au sein de ces conseils unifiés, c'est-à-dire ceux qui regroupent la médecine de famille et certaines spécialités de base et ne disposant que d'un nombre de lits restreint.

Nous ne proposons pas une approche uniforme à tous. Il faut tenir compte des préférences et des habitudes de la population ainsi que de la proximité des services. Ce modèle de conseil unifié est déjà en place dans plusieurs régions et il a fait ses preuves. Les régies régionales doivent s'en inspirer et chercher à le généraliser dans les 18 mois. Ailleurs, plusieurs résistances ont bloqué les tentatives de rapprochement. C'est pourquoi nous pensons qu'au-delà de ce délai, les régies devraient pouvoir imposer la formule d'unification permettant d'atteindre les résultats escomptés.

Il ne s'agit pas de fusionner les établissements à moins que les parties en conviennent d'un commun accord. Ce que l'on vise, dans les faits, c'est briser la logique contre-productive de l'administration en « silos ».

En appui à cette recommandation, 3 propositions :

Un CMDP, un CII et un CM par conseil unifié

P-54 Nous proposons :

> **Que soit constitué un seul conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), un seul conseil des infirmières et infirmiers (CII) et un seul conseil multidisciplinaire (CM) par conseil unifié.**

Cette proposition faciliterait l'adoption d'une approche de services à la population sur un territoire plutôt que dans un établissement. Le CMDP devant recommander les obligations rattachées aux privilèges des médecins, il répondrait ainsi mieux aux besoins du territoire couvert par le conseil unifié. Des responsabilités similaires pourraient être confiés au CII et au CM.

5.3.3.2 LA PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS

P-55 Nous proposons :

> **Que le conseil d'administration unifié ait la responsabilité de mettre sur pied un mécanisme permettant à tous les professionnels de la santé et des services sociaux, publics et privés, de son territoire de le conseiller sur l'organisation des services.**

Ce mécanisme de concertation pourrait prendre la forme d'un conseil territorial, animé par le président du conseil d'administration unifié, et réunissant les professionnels des établissements et des cabinets de médecins de même que les professionnels de pratique privée : dentistes, pharmaciens, optométristes, physiothérapeutes, diététistes, psychologues, travailleurs sociaux, sages-femmes et praticiens de médecine alternative.

5.3.3.3 LA RECONNAISSANCE DE LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

P-56 Nous proposons :

Que les établissements et les régies régionales :

- **reconnaissent la contribution essentielle des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des coopératives dans le secteur de la santé et des services sociaux;**
- **définissent avec eux de nouvelles modalités permettant d'évaluer les résultats de leur prestation spécifique de services à la population.**

Les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les coopératives jouent un rôle essentiel dans le secteur de la santé et des services sociaux. Certains œuvrent dans le domaine de la promotion et de la défense des droits des personnes, d'autres offrent des services complémentaires à ceux des établissements du réseau. Ces organismes sont nés de la solidarité collective et des besoins de la communauté. Ils ont leurs caractéristiques propres et une autonomie, ce qui constitue leur richesse. Lorsqu'ils offrent des services au réseau et qu'ils sont financés par le réseau, justement pour ces services, ils doivent toutefois être responsables et imputables de leurs résultats.

5.3.3.4 LA COMPOSITION DES CONSEILS D'ÉTABLISSEMENTS

R-34 Nous recommandons :

Que les membres du conseil d'administration des établissements locaux soient, pour certains, élus, et pour d'autres, nommés, de sorte à accroître la compétence administrative et à assurer la présence de professionnels sociosanitaires engagés dans la communauté et à maintenir la participation des citoyens.

Le conseil d'administration unifié des établissements locaux serait composé de 14 membres, dont une partie serait élue par la population selon le mode en vigueur. Les autres membres seraient des administrateurs nommés par la régie régionale, mais n'auraient

pas de lien d'emploi ou de lien contractuel avec le ou les établissements locaux, à l'exception des professionnels cliniciens. La composition d'un conseil d'administration unifié ou d'un établissement local prendrait la forme suivante :

- 5 représentants élus par la population, selon le processus en vigueur;
- 1 représentant du comité des usagers du ou des CHSLD regroupé(s) ou associé(s);
- 2 administrateurs externes, nommés par la régie régionale, résidant sur le territoire et reconnus pour leur expérience et leurs compétences en matière de gouverne;
- 2 administrateurs externes nommés par la régie régionale, dont un représentant des professions de la santé et un représentant des professions à caractère social, ces administrateurs ne devant pas être à l'emploi d'un établissement;
- 1 médecin parmi les médecins du territoire local, nommé par le Département régional de médecine générale;
- 1 infirmière parmi les infirmières du territoire local, nommée par la Commission infirmière régionale;
- 1 personne désignée par les participants au Conseil territorial, le cas échéant;
- 1 directeur général nommé par le Conseil d'administration.

5.3.3.5 FAVORISER LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES SPÉCIALISÉS À PORTÉE RÉGIONALE ET NATIONALE

R-35 Nous recommandons :

- **Que les membres des conseils d'administration des établissements spécialisés à portée régionale soient nommés en fonction des éléments suivants :**
  - **liens avec les établissements de 1re ligne et représentation de la région;**
  - **compétence en matière de gouverne;**
  - **expertises professionnelles spécifiques.**
- **Que les membres des conseils d'administration des établissements avec mandats suprarégionaux ou nationaux soient nommés en fonction des éléments suivants :**

- **liens avec les régies régionales desservies;**
- **liens avec les établissements de 1re ligne et 2e ligne desservis;**
- **compétence en matière de gouverne;**
- **liens avec l'université : enseignement et recherche (s'il y a lieu);**
- **expertises professionnelles spécifiques.**

La Commission propose de hiérarchiser les services, et de les mieux intégrer entre les paliers local, régional et national, quant à l'accès aux services de santé et sociaux spécialisés et surspécialisés. Nous croyons qu'il revient à la régie régionale de bien définir le rôle des établissements spécialisés à portée régionale et de déterminer, en collaboration avec les établissements et groupes concernés, les liens mutuels, les « corridors » de services entre le palier local et le palier régional. Nous croyons cependant que le MSSS doit assumer la responsabilité principale, avec la participation des régies régionales, dans la définition des services et des programmes supra-régionaux et nationaux de même que de la mission universitaire. Comme on conserve le même nombre de régies régionales, il faut éviter que les forces centrifuges de la régionalisation donnent lieu à un saupoudrage des expertises et des ressources surspécialisées, créant ainsi divers problèmes d'absence de masse critique, de recrutement et de rétention des ressources, ce qui ne peut que nuire à la survie de ces services et de ces programmes.

Une 1re ligne de services de santé et de services sociaux ne sera efficace qu'en autant que ses liens avec la 2e et la 3e lignes seront bien définis et fonctionnels. Ces rapports, prévus par entente contractuelle, doivent permettre de préciser, entre autres, les modalités de référence, la nature et la fréquence des services offerts localement et, s'il y a lieu, les modes d'échange d'information, les liens de formation ainsi que les modalités de participation à des projets de recherche et d'évaluation.

La composition du conseil d'administration de ces établissements spécialisés et surspécialisés doit refléter ces préoccupations. La Commission propose que les membres de ces conseils d'administration soient nommés majoritairement par la régie régionale et, dans le cas des hôpitaux universitaires, par le gouvernement et l'université. L'annexe 2 présente la proposition de la Commission quant à la composition de conseil d'administration de ces établissements.

5.3.3.6 ACCROÎTRE L'IMPUTABILITÉ ET ÉVALUER LA PERFORMANCE

R-36 Nous recommandons :

Que des contrats triennaux de performance soient négociés entre les établissements et la régie, dans une perspective de responsabilité partagée et d'imputabilité claire quant aux résultats à atteindre, et fassent l'objet d'un suivi annuel.

Pour respecter la liberté d'action et faciliter la fluidité budgétaire dont ont besoin les établissements pour offrir des services à la population et pour permettre à la régie de jouer pleinement son rôle régional de planification et d'organisation de services, les deux partenaires doivent convenir d'un contrat d'engagement et de performance. Ce contrat préciserait les engagements mutuels, définirait les responsabilités de chaque partie, les résultats attendus et identifierait les allocations budgétaires et les indicateurs de mesure de performance convenus. De tels contrats, d'une portée de trois ans et mis à jour annuellement, offriraient la base objective de l'imputabilité. Dans le cas de services nationaux ou de mission universitaire, le MSSS devrait faire partie de cette entente. Le même principe d'entente contractuelle pourrait exister entre les établissements de différents paliers, avec responsabilités et imputabilité mutuelles, sous la supervision de la régie régionale et du MSSS dans le cas de services nationaux.

En appui à cette recommandation, 3 propositions :

P-57 Nous proposons :

Que les conseils d'administration des établissements adoptent les principes directeurs de gouverne de la Commission.

P-58 Nous proposons :

Que les conseils d'administration des établissements mettent sur pied un comité d'évaluation de la performance.

Ce comité serait chargé d'évaluer l'accessibilité aux services, la qualité et la continuité des services, la satisfaction de la clientèle et l'utilisation des ressources. Cette responsabilité pourrait être assumée par les comités de vérification et les résultats de ces analyses devraient être publiés dans le rapport annuel de l'établissement.

P-59 Nous proposons :

Que les conseils d'administration des établissements adoptent des moyens efficaces et diversifiés de consultation et d'information de la population.

Les questions ayant trait à l'accessibilité, à la qualité, à la continuité et à l'évaluation des services devront faire l'objet de ces consultations. Des approches novatrices devraient être expérimentées afin de rejoindre les personnes les moins touchées par les moyens traditionnels.

ANNEXE 3

COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION D'ÉTABLISSEMENT

Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)

Le conseil d'administration des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés devrait comprendre 13 membres, dont :

- 2 personnes reconnues pour leurs compétences en gestion et nommées par le gouvernement à partir d'une liste soumise par le conseil d'administration de la régie régionale concernée;
- 1 personne reconnue pour ses compétences en gestion et nommée par le conseil d'administration de la régie régionale concernée;
- 1 personne nommée par les conseils d'administration unifiés des établissements de 1re ligne de la région;
- 1 médecin spécialiste nommé par le conseil d'administration de la régie régionale concernée sur recommandation de la commission médicale régionale;
- 1 infirmière nommée par le conseil d'administration de la régie régionale concernée sur recommandation de la commission infirmière régionale;
- 1 personne désignée par la corporation propriétaire, s'il y a lieu;
- 1 personne désignée par la fondation de l'établissement;
- 1 personne désignée par les conseils d'administration des régies régionales desservies lorsque l'établissement a une vocation suprarégionale reconnue par le ministre;
- 1 personne désignée par le comité des usagers;
- 2 personnes cooptées par les administrateurs, dont une provenant d'une profession de la santé autre que la médecine et les soins infirmiers.
- le directeur général de l'établissement.

Les centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP)

Le conseil d'administration des centres hospitaliers de soins psychiatriques devrait comprendre 13 membres, dont :

- 2 personnes reconnues pour leurs compétences en gestion et nommées par le gouvernement à partir d'une liste soumise par le conseil d'administration de la régie régionale concernée;
- 1 personne reconnue pour ses compétences en gestion et nommée par le conseil d'administration de la régie régionale concernée;
- 1 personne nommée par les conseils d'administration unifiés des établissements de 1re ligne de la région;
- 1 psychiatre nommé par le conseil d'administration de la régie régionale concernée sur recommandation de la commission médicale régionale;
- 1 infirmière nommée par le conseil d'administration de la régie régionale concernée sur recommandation de la commission infirmière régionale;
- 1 personne désignée par la corporation propriétaire, s'il y a lieu;
- 1 personne désignée par la fondation de l'établissement;
- 1 personne désignée par les conseils d'administration des régies régionales desservies lorsque l'établissement a une vocation suprarégionale reconnue par le ministre;
- 1 personne désignée par le comité des usagers;
- 2 personnes cooptées par les membre, provenant d'une profession de la santé autre que la médecine et les soins infirmiers et n'étant pas à l'emploi de l'établissement.
- le directeur général de l'établissement.

Les centres de réadaptation (CR)

Le conseil d'administration des centres de réadaptation devrait comprendre 13 membres, dont :

- 2 personnes reconnues pour leurs compétences en gestion et nommées par le gouvernement à partir d'une liste soumise par le conseil d'administration de la régie régionale concernée;

- 1 personne reconnue pour ses compétences en gestion et nommée par le conseil d'administration de la régie régionale concernée;
- 1 personne nommée par les conseils d'administration unifiés des établissements de 1re ligne de la région;
- 2 personnes représentant les professions du domaine de la réadaptation;
- 1 personne nommée par la régie régionale concernée et provenant du milieu de l'enseignement;
- 1 personne nommée par la fondation, s'il y a lieu;
- 1 personne désignée par le comité des usagers de l'établissement;
- 1 personne désignée par les conseils d'administration des régies régionales desservies lorsque l'établissement a une vocation suprarégionale reconnue par le ministre;
- 2 personnes cooptées par les membres et provenant d'organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la réadaptation et de l'intégration sociale;
- le directeur général de l'établissement.

Les centres jeunesse (CJ)

Le conseil d'administration des centres jeunesse devrait comprendre 13 membres, dont :

- 2 personnes reconnues pour leurs compétences en gestion et nommées par le gouvernement à partir d'une liste soumise par le conseil d'administration de la régie régionale concernée;
- 1 personne reconnue pour ses compétences en gestion et nommée par le conseil d'administration de la régie régionale concernée;
- 1 personne nommée par les conseils d'administration unifiés des établissements de 1re ligne de la région;
- 2 personnes représentant les professions du secteur jeunesse;
- 1 personne nommée par la régie régionale et provenant du milieu des services à la petite enfance et à la jeunesse;
- 1 personne nommée par la fondation, s'il y a lieu;
- 1 personne désignée par le comité des usagers de l'établissement;

- 1 personne désignée par les CA des régies régionales desservies lorsque l'établissement a une vocation suprarégionale reconnue par le ministre;
- 2 personnes cooptées par les membres et provenant d'organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la réadaptation et de l'intégration sociale;
- le directeur général de l'établissement.

Les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres hospitaliers affiliés (CHA) et les instituts universitaires

Le conseil d'administration des établissements à vocation universitaire devrait comprendre 13 membres, dont :

- 3 administrateurs d'expérience nommés par le gouvernement, dont : 1 sur recommandation de la ministre de la Santé et des Services sociaux, 1 sur recommandation du ministre de l'Éducation et 1 sur recommandation du ministre de la Recherche, de la Science et de la Technologie;
- 3 personnes désignées par l'université concernée, dont : 1 provenant de la Faculté de médecine et 1 provenant d'une autre faculté ou école du domaine de la santé (pharmacie, soins infirmiers, etc.). Dans le cas d'un CHA, 1 résident en médecine, choisi par ses pairs exerçant dans le centre, doit remplacer 1 des 2 personnes issues de la faculté de médecine;
- 1 administrateur d'expérience nommé par la régie concernée;
- 1 administrateur d'expérience désigné par les conseils d'administration des régies régionales des régions desservies;
- 1 administrateur provenant des établissements de services de 1re ligne;
- 1 médecin spécialiste désigné par la commission médicale régionale;
- 1 infirmière clinicienne désigné par la commission infirmière régionale;
- 1 personne désignée par la fondation de l'établissement;
- le directeur général de l'établissement.

CONCLUSION

La Commission a mis de l'avant des recommandations et des propositions pour améliorer l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux.

Certaines de nos recommandations et propositions sont globales et demandent des engagements ministériels et gouvernementaux en termes d'orientations et de politiques pour la prochaine décennie. D'autres sont plus spécifiques et peuvent être implantées rapidement suite à une décision ministérielle et à la mise en place de conditions permettant l'émergence de projets porteurs de changement. Beaucoup de recommandations exigeront, pour leur mise en application, une synergie étroite entre les médecins, les cliniciens, les professionnels des établissements et les dirigeants des régies régionales et du Ministère. Un certain nombre demandera des négociations entre le Ministère et les fédérations médicales ou les centrales syndicales pour voir le jour. Enfin, plusieurs propositions ne nécessiteront pas d'argent neuf, certaines requerront un budget d'implantation ou de transition, quelques-unes exigeront un budget d'immobilisation non récurrent ou un budget de fonctionnement additionnel étalé sur les prochaines années afin d'être implantées.

Peu importe la nature des recommandations et des propositions, l'affirmation d'une vision et la capacité d'enclencher et de gérer les changements proposés seront déterminantes. On l'a vu dans le passé, la gestion du processus de changement est très importante et très complexe dans le système de santé et de services sociaux du Québec. Nous proposons une stratégie qui vise à enclencher et à gérer le changement en cours de route plutôt qu'à le définir en détail à l'avance. Une telle stratégie suppose que le gouvernement prenne rapidement et fermement position sur la vision, les principes directeurs et la philosophie de gestion que proposera la ministre dans la foulée des recommandations de la Commission. Les participants aux auditions et aux consultations nous l'ont dit : ils attendent une direction et des orientations claires de la part du Ministère.

Ils veulent aussi passer à l'action. Nous sommes d'avis qu'il faut établir un plan d'action triennal susceptible de faire évoluer l'ensemble du système de santé et de services sociaux dans la direction souhaitée. Celui-ci devrait permettre d'introduire en parallèle un nombre substantiel de propositions et de les implanter progressivement. Cela en facilitera d'autant le financement. Il faut donc créer les conditions favorables qui vont

amener les principaux acteurs concernés à adhérer aux orientations et à s'approprier la direction du changement. Il faut aussi, déterminer les modalités de façon flexible au fur et à mesure que les conditions d'implantation sont favorables. Ce qu'il faut surtout faire c'est : décider, avancer, évaluer, ajuster.

Il est temps de redonner de l'espace aux gestionnaires et aux professionnels du réseau pour qu'ils puissent innover et assumer le leadership nécessaire à la concrétisation d'un bon nombre de ces projets de changement.

À cet effet, nous pensons que la priorité devrait être accordée aux recommandations et propositions susceptibles de créer une nouvelle dynamique de gestion afin d'améliorer rapidement la façon d'offrir les services à la population et de redonner confiance au personnel qui au quotidien donne ces services.

X

LISTE DES 36 RECOMMANDATIONS ET 59 PROPOSITIONS

LISTE DES 36 RECOMMANDATIONS ET 59 PROPOSITIONS

L'ORGANISATION DES SERVICES : PASSER À L'ACTION

10 recommandations, 32 propositions

L'URGENCE DE PREVENIR

R-1 Nous recommandons :

Que la prévention constitue l'élément central d'une politique québécoise de la santé et du bien-être.

Pour appuyer cette recommandation : 8 propositions

La responsabilité des acteurs en matière de prévention

P-1. Nous proposons que le gouvernement du Québec :

- Reconnaisse sa responsabilité et son imputabilité globale face à la santé de la population;
- Confie au ministère de la Santé et de Services sociaux le mandat de coordonner l'analyse d'impacts, sur la santé de la population, des politiques et programmes de tous les ministères et grands organismes gouvernementaux.

P-2. Nous proposons que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- Assume un leadership fort en protection et promotion de la santé et en prévention de la maladie;
- Révise la politique de santé et de bien-être, d'une part à partir des priorités identifiées à l'échelle, régional et provincial, d'autre part en traduisant ces priorités en moyens d'action que les établissements et les professionnels peuvent s'approprier et appliquer.

P-3. Nous proposons que les directions de santé publique :

- Fassent connaître aux professionnels de la santé et des services sociaux les pratiques efficaces de prévention;
- Que celles-ci soient intégrées dans leur pratique clinique.

P-4. Nous proposons que le citoyen :

Soit sensibilisé à la responsabilité de prendre en charge sa propre santé et qu'il ait accès aux informations lui permettant de le faire.

Les priorités en prévention

P-5. Pour les enfants et les jeunes, nous proposons :

- Des services préventifs auprès des femmes enceintes, des nouveaux parents et des jeunes enfants (0-5 ans) vivant en milieux défavorisés;
- Un programme d'éducation, pour les enfants d'âge scolaire, visant le développement d'habitudes de vie saine et de comportements sociaux adéquats;
- Une stratégie de prévention du tabagisme et des autres toxicomanies adaptée aux jeunes;
- Une stratégie visant la prévention du suicide chez les 12-18 ans;
- Une accessibilité élargie à la contraception orale d'urgence.

P-6. Pour les adultes, nous proposons :

- Un programme intégré de prévention des principales maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, maladies de l'appareil respiratoire, diabète), incluant le développement d'habitudes de vie saines chez les adultes;
- L'implantation des mesures de promotion-prévention et de détection précoce du cancer proposées dans le Programme québécois de lutte contre le cancer;

- La mise en œuvre du Plan de lutte contre le tabagisme;
- La mise en œuvre de la Stratégie d'action face au suicide.

P-7. Pour les personnes âgées, nous proposons :

- Un programme de services préventifs intégrés en vue de :
  - améliorer les capacités des personnes et prévenir la perte d'autonomie,
  - améliorer les habitudes de vie comme l'alimentation, l'exercice physique,
  - ralentir la progression des incapacités,
  - combattre l'isolement social,
  - prévenir les traumatismes causés par les chutes,
  - améliorer la sécurité des milieux de vie;
- L'amélioration des programmes de prévention, de détection précoce et de prise en charge des maladies cardio-vasculaires, cancers, maladie d'Alzheimer, maladies respiratoires et problèmes ostéo-articulaires chez les personnes âgées;
- Des programmes de revue d'utilisation des médicaments et d'évaluation des résultats thérapeutiques des médicaments.

P-8. Pour l'ensemble de la population, nous proposons

- D'accroître la vigilance face à la :
  - qualité de l'eau
  - qualité de l'air
  - qualité des aliments;
- D'accroître la vigilance face aux maladies transmissibles et aux maladies évitables par la vaccination : programmes de vaccination, surveillance des maladies à déclaration obligatoire;
- D'accroître la vigilance face aux risques occupationnels :
  - Par l'évaluation systématique et la gestion des agresseurs physiques, chimiques et biologiques liés au travail.

DES SERVICES SOCIAUX ET MÉDICAUX DE 1RE LIGNE : ASSISE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

R-2 Nous recommandons :

- Que l'organisation d'un réseau de 1re ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux;
- Que ce réseau soit formé à partir de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecins.

DES CLSC À MANDAT MIEUX DÉFINI AVEC UNE 1RE LIGNE SOCIALE ORGANISÉE

R-3 Nous recommandons :

- Que le volet social de ce réseau de 1re ligne relève des CLSC;
- Que le MSSS précise le mandat du CLSC en vue d'offrir un ensemble minimal commun de services de base partout au Québec;
- Que le CLSC ait la responsabilité d'offrir des services psychosociaux de base à la population de son territoire.

Pour appuyer cette recommandation : 5 propositions

P-9. Pour toute personne qui demande de l'aide, nous proposons :

Que le CLSC soit responsable de dispenser ou d'assurer l'accès aux services psychosociaux courants à toute personne de son territoire qui demande de l'aide pour elle-même ou pour sa famille.

P-10. Pour les groupes et personnes vulnérables ou en difficulté, nous proposons :

Que le CLSC soit responsable de favoriser et d'assurer l'accès à des services psychosociaux ciblés pour les groupes et les personnes vulnérables ou en difficulté de son territoire.

P-11. Sur le plan de la continuité des services, nous proposons :

Que le CLSC soit responsable de gérer la continuité des services rendus aux clientèles vulnérables et aux personnes en difficulté de son territoire.

P-12. Sur le plan de la coordination, nous proposons :

Que le CLSC ait la responsabilité de coordonner les ressources de la communauté requises pour répondre aux besoins de sa population.

Un investissement accru en recherche sociale

P-13. Pour améliorer les pratiques sociales, nous proposons :

Que le MSSS, en collaboration avec le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie et son Conseil québécois de la recherche sociale favorise le développement accéléré de la recherche sur l'évaluation des pratiques et approches sociales et sur les déterminants sociaux de la santé.

UNE 1RE LIGNE MÉDICALE ORGANISÉE AUTOUR DE *GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE*

R-4 Nous recommandons :

- Que le volet médical de ce réseau de 1re ligne soit assumé par des *Groupes de médecine de famille*, composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes;
- Que ces *Groupes* soient responsables d'une gamme de services définis auprès d'une population de citoyens qui les auront choisis.

Pour appuyer cette recommandation : 2 propositions

P-14. Sur le plan de la rémunération, nous proposons :

- Un mode de rémunération mixte pour les médecins de famille;
- Un nouveau mode d'entente contractuelle entre les *Groupes de médecine de famille* et le département régional de médecine générale (DRMG) de la régie régionale;
- Des ententes de services entre les *Groupes de médecine de famille* et les CLSC.

P-15. Pour supporter l'implantation des *Groupes de médecine de famille* dans tout le Québec, nous proposons :

- Qu'un groupe de soutien à l'implantation d'un réseau de médecine familiale soit mis sur pied;
- Que ce groupe soit dirigé par un médecin de famille réputé;
- Qu'il soit formé de cliniciens (médecins, infirmières, autres professionnels) reconnus pour leur expertise et issus du milieu de la 1re ligne.

UNE OFFRE DE SERVICES DE BASE POUR LES JEUNES ET LES FAMILLES

R-5 Nous recommandons :

- Que tous les CLSC du Québec soient responsables de développer, avec leurs partenaires, une offre de services de base comme pour les jeunes et les familles et qu'ils en soient imputables;
- Que cette offre soit complétée dans 5 ans.

Pour appuyer cette recommandation : 5 propositions

Un mandataire de la coordination des services jeunesse

P-16. Pour la coordination des services jeunesse, nous proposons :

Que chaque CLSC, ou groupe de CLSC, désigne un responsable des services jeunesse qui coordonne les services de santé, les services psychosociaux et les interventions intersectorielles.

Une révision de la *Loi sur la protection de la jeunesse*

P-17. Pour que les enfants dont le signalement n'a pas été retenu et ceux dont la situation a été déclarée non compromise après évaluation du directeur de la protection de la jeunesse, puissent bénéficier de services adéquats, nous proposons :

- Que soit révisée la *Loi sur la protection de la jeunesse*;
- Que le protocole général liant les centres jeunesse et les CLSC du territoire soit actualisé dans chaque région;

Une entente MSSS-MÉQ renouvelée

P-18. Pour une action intersectorielle plus intégrée auprès des jeunes, nous proposons :

Que l'entente entre les ministères de la Santé et des services Sociaux et celui de l'Éducation (MSSS-MEQ) soit renouvelée en y incluant aussi le ministère de l'Enfance et de la Famille et les centres de la petite enfance.

Des standards de qualité pour les centres jeunesse

P-19. Pour améliorer les services offerts dans les centres jeunesse, nous proposons :

Que les centres jeunesse accélèrent leur démarche d'amélioration des pratiques, de définition de standards de qualité et de formation de leurs intervenants.

Un investissement financier en « enfance et jeunesse » : une priorité sociale

P-20. Pour consolider l'offre de services de base à l'enfance et à la jeunesse, nous proposons :

Que le MSSS, dès l'année 2001-2002, réserve dans ses crédits de développement futurs une somme de 20 millions $ par an, pendant cinq ans.

DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS POUR DES CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES

R-6 Nous recommandons :

Que des réseaux de services intégrés soient créés, notamment pour des clientèles spécifiques comme :

- les personnes âgées en perte d'autonomie;
- les personnes avec des problèmes majeurs de santé mentale;
- les personnes avec des maladies complexes, souvent de nature chronique.

Pour appuyer cette recommandation : 4 propositions

P-21. Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, nous proposons :

Que les régies régionales amorcent et supervisent la création de réseaux de services intégrés et en confient la responsabilité aux CLSC, en collaboration avec les *Groupes de médecine de famille*.

P-22. Pour assurer une qualité de vie aux personnes âgées en perte d'autonomie, peu importe leur lieu de résidence, nous proposons :

- D'accroître globalement l'offre et l'intensité des services à domicile et d'hébergement;
- D'assurer la qualité des services et le respect de la dignité, peu importe le lieu de résidence ou le type d'hébergement;
- D'assurer l'équité entre les régions;
- D'élaborer un plan de rattrapage budgétaire permettant d'élever à un niveau acceptable l'intensité des soins aux personnes hébergées en CHSLD.

P-23. Pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, nous proposons :

- De renforcer les services courants de santé mentale dans les CLSC et dans le réseau communautaire;
- De créer, à l'initiative de la régie régionale, des réseaux de services intégrés pour les personnes ayant des troubles graves et persistants ou atteintes de maladie mentale grave;
- Que ces réseaux soient sous la responsabilité de l'établissement qui a la meilleure expérience et expertise pour en assumer le leadership.

P-24. Pour les personnes ayant des maladies complexes, souvent de nature chronique, nous proposons :

La mise sur pied de réseaux de services intégrés, dans une perspective de partage des connaissances et des ressources entre les paliers national, régional et local.

UNE ORGANISATION COHÉRENTE DES SERVICES SPÉCIALISÉS MÉDICAUX ET HOSPITALIERS

R-7 Nous recommandons :

Que les services spécialisés médicaux et hospitaliers de 2e et 3e lignes soient consolidés à partir des éléments suivants :

- la hiérarchisation des services médicaux;
- la réorganisation des urgences;
- l'affiliation de cliniques de médecins spécialistes à des centres hospitaliers;
- la clarification de la mission universitaire.

Pour appuyer cette recommandation : 4 propositions

P-25. Sur le plan de la hiérarchisation des services, nous proposons :

- Que le MSSS et les régies régionales reconnaissent le principe de la hiérarchisation des services médicaux comme l'un des fondements du système de santé québécois;
- Que les régies régionales décident du rôle des hôpitaux locaux et régionaux, des services qu'ils ont à assurer et qu'elles leur désigne leur territoire respectif;
- Que le MSSS, après consultation des régies régionales, définisse le rôle et les services des hôpitaux suprarégionaux et procède à leur désignation;
- Que la budgétisation des hôpitaux contienne des incitations financières, tant pour l'hôpital que pour les chefs de département clinique, favorisant la négociation de contrats formels de « corridors » de services entre les hôpitaux.

P-26. Pour la réorganisation des urgences, nous proposons :

D'accélérer la mise en application des mesures prévues dans le « Projet Urgence 2000 », adopté en septembre 1999, et dans le plan d'action intitulé « Relever ensemble le défi des urgences », adopté en novembre 1999.

P-27. Pour améliorer la flexibilité dans l'offre de services spécialisés, nous proposons :

Que des cabinets ou des cliniques de médecins spécialistes puissent s'affilier à un centre hospitalier et ainsi en devenir le prolongement fonctionnel.

Les hôpitaux universitaires

P-28. Pour se donner une vision moderne d'un réseau d'hôpitaux universitaires, nous proposons :

- La création d'un comité interministériel regroupant les ministres de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation et de la Recherche, des Sciences et de la Technologie et relevant du Conseil exécutif;
- Que ce comité s'adjoigne des experts du Québec et d'ailleurs dans le monde;
- Qu'il ait le mandat de proposer, en 6 mois, une vision moderne, établie sur un horizon de 10 ans, de l'organisation d'un réseau universitaire (clinique, enseignement, recherche et évaluation) dans le domaine de la santé et de recommander les moyens de la réaliser.

PLUS DE RESPONSABILITÉS ET D'IMPUTABILITÉ AUX MÉDECINS ET AUX INFIRMIÈRES

R-8 Nous recommandons :

Que les médecins et les infirmières participent plus activement à l'organisation de la prestation des soins et à leur gestion, plus spécifiquement au sein de l'hôpital.

Pour appuyer cette recommandation : 4 propositions

P-29. Nous proposons :

Qu'un contrat soit signé entre le médecin et son chef de département ou service clinique, formalisant ainsi la nomination du médecin à l'hôpital par le conseil d'administration.

P-30. Nous proposons :

Que les médecins spécialistes soient rémunérés selon le mode de rémunération mixte, en fonction des tâches qu'ils doivent faire, telles que définies avec leur chef de service ou département clinique.

P-31. Pour améliorer la gestion médico-administrative de l'hôpital, nous proposons :

De confier un rôle accru et un mandat clair et rémunéré adéquatement au chef de département clinique.

P-32. Pour améliorer la flexibilité dans l'organisation des soins, nous proposons :

- L'enrichissement du rôle de l'infirmière pratiquant à l'hôpital et ailleurs dans le réseau;
- La formation et l'intégration graduelle d'infirmières praticiennes (nurse practitioners), au moyen de projets d'implantation.

DES MESURES POUR FACILITER UNE RÉPARTITION PLUS ADÉQUATE DES MÉDECINS

R-9 Nous recommandons :

- Que le MSSS réaffirme l'importance du médecin comme partenaire essentiel dans la prestation et l'organisation des services de santé;
- Qu'il s'assure que soit mis sur pied une organisation de services facilitant le recrutement et la rétention des médecins, incluant les propositions du présent rapport;
- Qu'il établisse rapidement un consensus sur l'état de situation des effectifs médicaux au Québec et développe une planification continue et intégrée des effectifs, omnipraticiens et spécialistes, favorisant une gestion de risques plutôt qu'une gestion de crises;
- Qu'il apporte les modifications à la loi permettant de mieux assurer le lien entre la responsabilité et l'imputabilité du médecin face aux services qu'il offre à la population;
- Que les régies régionales aient légalement le pouvoir de convenir d'ententes conjointes avec le MSSS et les fédérations médicales, et disposent d'une enveloppe budgétaire spécifique, hors entente de rémunération, pour aider à solutionner les problèmes de recrutement, de rétention et d'affectation des effectifs médicaux;
- Que le ministère et les régies régionales, d'ici un an et annuellement par la suite, présentent un rapport sur les résultats des mesures de répartition proposées.

DES SYSTÈMES D'INFORMATION CLINIQUE ET DE GESTION EFFICACES ET SÉCURISÉS

R-10 Nous recommandons :

Que soit implantés des systèmes d'information clinique et de gestion efficaces et sécurisés.

LES RESSOURCES HUMAINES : DÉVELOPPER DES COMPÉTENCES, RAVIVER LA FIERTÉ

8 recommandations, 14 propositions

AGIR POUR CONTRER LA MOROSITE

R-11 Nous recommandons :

Que les principaux acteurs du secteur de la santé et des services sociaux, notamment le Conseil du trésor, le MSSS, les syndicats, les associations et les ordres professionnels ainsi que les établissements et leurs regroupements, reconnaissent l'urgence d'agir pour contrer l'état de morosité et de démobilisation du personnel du réseau.

Pour appuyer cette recommandation : 1 proposition

P-33. Nous proposons :

Que chaque établissement du réseau se donne un projet d'organisation de type projet d'entreprise qui associera les cadres, les professionnels et les autres employés à l'amélioration des services à la clientèle.

RECONNAÎTRE ET RENFORCER LE RÔLE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX

R-12 Nous recommandons :

Que le Conseil du trésor, le MSSS et les régies régionales reconnaissent pleinement le rôle stratégique des directeurs généraux dans la gestion de leur établissement de même que dans l'atteinte des objectifs nationaux et régionaux en matière d'organisation des services, de mobilisation du personnel et de performance financière.

Pour appuyer cette recommandation : 2 propositions

P-34. Nous proposons :

Que soient renforcées la marge de manœuvre et l'imputabilité des directeurs généraux.

P-35 Nous proposons :

- Que soit révisée leur rémunération en fonction d'une analyse comparative du marché;
- Qu'une portion significative de leur rémunération soit liée à l'atteinte des résultats obtenus par leur organisation.

PRÉPARER LA RELÈVE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX

R-13 Nous recommandons :

Que le MSSS élabore et mette en œuvre un programme national de préparation de la relève des directeurs généraux.

PLANIFIER LA MAIN-D'ŒUVRE

R-14 Nous recommandons :

- Que le MSSS, les régies régionales et les établissements instaurent des processus continus de planification de main-d'œuvre;
- Qu'ils instaurent également un système de monitorage permettant d'assurer la présence d'une main-d'œuvre suffisante et qualifiée répondant aux besoins de l'organisation.

Pour appuyer cette recommandation : 5 propositions

P-36 Nous proposons :

Que le MSSS développe, de concert avec le MÉQ, les universités et les régies régionales, des processus continus de vigie permettant d'anticiper les qualifications et l'effectif requis pour soutenir l'offre de services dans l'ensemble du Québec.

P-37 Nous proposons :

Que le MSSS, les régies régionales et les établissements se dotent de mécanismes permettant de répondre adéquatement à l'évolution des besoins des différentes cohortes de diplômés, dont les programmes d'accueil, de formation continue, de développement professionnel, de cheminement de carrière et de départ à la retraite.

P-38 Nous proposons :

Que les régies régionales soutiennent activement les démarches des établissements en assurant la coordination des plans locaux et en mettant en œuvre des stratégies régionales de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre, en accord avec les plans d'organisation des services.

P-39 Nous proposons :

Que la planification de la main-d'œuvre soit intégrée à l'exercice de planification stratégique de chaque établissement.

P-40 Nous proposons :

Que des systèmes de « mentorat » soient mis en place dans les établissements pour assurer le transfert d'expertise.

VALORISER LES COMPÉTENCES

R-15 Nous recommandons :

Que soient modifiés les processus de dotation de poste de façon à reconnaître la prépondérance des critères de compétence.

Pour appuyer cette recommandation : 1 proposition

P-41 Nous proposons :

Que des programmes de formation continue et de développement professionnel soient implantés dans tous les établissements.

FAVORISER L'INTERDISCIPLINARITÉ

R-16 Nous recommandons :

Que le cadre d'exercice des pratiques professionnelles soit révisé et qu'on crée les conditions nécessaires au travail en interdisciplinarité.

Pour appuyer cette recommandation : 3 propositions

P-42 Nous proposons :

Que les institutions d'enseignement adaptent les programmes de formation destinés aux futurs professionnels de la santé et des services sociaux aux nouvelles réalités du réseau et aux exigences du travail en interdisciplinarité.

P-43 Nous proposons :

Que le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et les relations humaines accorde la plus grande importance au décloisonnement des professions et à l'interdisciplinarité tout en assurant la protection des activités requérant un niveau de compétence unique et complexe.

P-44 Nous proposons :

Que le Groupe de travail multipartite sur l'allégement de la réglementation favorise la simplification des procédures auxquelles sont soumises les ordres professionnels.

RENFORCER LE POUVOIR DES PARTIES LOCALES

R-17 Nous recommandons :

Que les acteurs concernés s'engagent à définir les modalités d'appropriation à l'échelle locale des questions liées à l'organisation du travail.

Pour appuyer cette recommandation : 1 proposition

P-45 Nous proposons :

Que les parties nationales conviennent que les questions relatives aux horaires de travail, au remplacement, à la présence et à l'absence au travail ainsi qu'à la gestion des postes soient négociées et agréées à l'échelle locale avant le début de la prochaine négociation nationale.

RÉDÉFINIR LA MOBILITÉ

R-18 Nous recommandons :

Que les parties concernées s'entendent sur une nouvelle définition de la notion de mobilité adaptée à l'organisation des services préconisée.

Pour appuyer cette recommandation : 1 proposition

P-46 Nous proposons :

Que les organisations syndicales prennent l'engagement de convenir localement de règles permettant la mobilité du personnel entre leurs unités d'accréditation affiliées et, le cas échéant, entre les établissements desservant une population donnée.

LE FINANCEMENT PUBLIC : LA PERFORMANCE AU SERVICE DE LA SOLIDARITÉ

12 recommandations

LE NIVEAU DE FINANCEMENT

R-19 En vue de préserver la pérennité et l'intégrité des services de santé et des services sociaux, il y a lieu pour le gouvernement et tous les citoyens :

- De reconnaître la vulnérabilité du financement fiscal.

Pour ce faire, nous recommandons :

- Que le gouvernement établisse une ou des limites-repères du niveau des dépenses publiques maximal acceptable;
- Qu'il fournisse au réseau un cadre budgétaire triennal.

LES SOURCES DE FINANCEMENT

R-20 Pour consolider le financement public, nous recommandons :

- Que les revenus fiscaux demeurent la principale source de financement des services assurés;

Pour élargir la couverture des services assurés, nous recommandons :

- Que soit exploré le recours à divers modes d'assurance collective;

Pour faciliter la transition démographique du Québec, nous recommandons :

- Que soit exploré le recours à un régime de caisse capitalisé.

R-21 Dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux nous recommandons :

- Que le gouvernement du Québec, en association avec les autres provinces propose une stratégie d'investissements majeurs dans les infrastructures technologiques, médicales, dans les systèmes d'information et dans les immobilisations;
- Que des ressources considérables soient ajoutées au niveau des soins primaires pour adapter ces services;
- Que ces contributions soient établies sur une période de transition de cinq ans et reconnaissent la responsabilité du gouvernement du Québec de fixer ses priorités et d'administrer les fonds.

L'ALLOCATION DES RESSOURCES

R-22 Nous recommandons:

- Que le Ministère et le Conseil du trésor révisent les modes d'allocation des ressources en conformité avec les objectifs poursuivis en termes d'organisation des services, d'incitations à la productivité et des résultats recherchés;
- Qu'ils adaptent les modes de rémunération et de paiement des acteurs selon une approche similaire.

LA RÉVISION DU PANIER DE SERVICES ASSURÉS

R-23 Nous recommandons :

- Que le gouvernement se dote, par loi, d'un mécanisme hautement crédible qui aurait pour objectif d'évaluer et de réviser constamment le panier de services assurés, les nouvelles technologies médicales et les nouveaux médicaments;
- Qu'il soit composé d'experts scientifiques, médicaux, d'« éthiciens » et de citoyens reconnus pour leur humanisme.

LE MONITORAGE DES FACTEURS DE CROISSANCE DES COÛTS

R-24 Nous recommandons :

- Que le MSSS et le Conseil du trésor se dotent d'un plan de monitorage spécifique de chacun des principaux facteurs de croissance de la dépense de santé et de services sociaux;
- Qu'il rende compte annuellement de leurs constatations et actions.

Les principaux facteurs de croissance étant :

- L'augmentation de la pauvreté;
- Le vieillissement accéléré de la population;
- Les coûts des médicaments;
- Les coûts des technologies médicales;
- Le mode de rémunération globale des cadres, des médecins et des travailleurs syndiqués;
- La budgétisation et le fonctionnement en « silos »;
- La rigidité des conventions collectives et l'absence au travail;
- Le cloisonnement des professions et des tâches.

L'EFFICIENCE ET L'EFFICACITÉ

R-25 Nous recommandons :

Que le MSSS déploie un programme d'action prioritaire visant l'efficacité et l'efficience dans la gestion globale du réseau

Ce programme d'action devrait inclure :

Différentes recommandations déjà traitées dans le rapport :

- L'implantation de la carte à puce et du dossier clinique informatique partageable;
- La révision des modes de budgétisation;
- L'instauration de conseils d'administration unifiés;
- Les mesures d'imputabilité, de reddition de comptes et de contrat de performance;
- Le principe de subsidiarité dans l'utilisation des ressources;
- L'implantation d'Info-Social;
- La restructuration des services de support et de soutien.

D'autres mesures d'économie telles que :

- Une meilleure visibilité des coûts de la santé et des services sociaux;
- La centralisation des achats;
- Le triage à l'urgence;
- L'adhésion à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

UNE POLITIQUE CADRE DE PARTENARIAT

R-26 Nous recommandons :

- **Que le gouvernement du Québec se dote d'une politique cadre de partenariat avec le secteur privé et le tiers secteur;**
- **Que cette politique permette d'accélérer les investissements nécessaires à l'adaptation des services aux nouvelles réalités et améliore l'accessibilité aux services à tous, sans égard à leur revenu.**

Les secteurs en développement pour lesquels les besoins d'investissement sont considérables et/ou l'offre de services doit s'adapter rapidement à l'évolution sont :

- Les technologies de l'information;
- L'optimisation de l'utilisation des médicaments;
- La recherche et le développement;
- Les services de longue durée;
- Les services à la personne et la communauté par le tiers secteur.

UNE CORVÉE NATIONALE D'INVESTISSEMENTS

R-27 Pour permettre la mise à niveau du parc technologique et immobilier du réseau, nous recommandons :

Que le gouvernement du Québec lance une corvée nationale d'investissements.

Quatre secteurs prioritaires :

- Le maintien des actifs immobiliers;
- Les technologies de l'information et des communications;
- Les équipements de soutien en établissement offrant des services d'hôtellerie (buanderie, cuisine, cafétéria);
- Les équipements médicaux.

LA FISCALITÉ AU SERVICE DE LA TECHNOLOGIE

R-28 Pour financer l'acquisition rapide des équipements de haute technologie, nous recommandons :

La création d'une grande fondation et la stimulation des fondations hospitalières existantes en vue de mobiliser des ressources pour une corvée d'acquisition de technologies médicales par un recours à la fiscalité.

UN RÉGIME D'ASSURANCE CONTRE LA PERTE D'AUTONOMIE

R-29 Nous recommandons :

La création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, sur une base de capitalisation.

Un régime capitalisé pourrait avoir les caractéristiques suivantes :

- Financé par une contribution contribution obligatoire et fiscalisée sur les revenus individuels de toute provenance;
- Capitalisé à un niveau qui permette de diminuer l'impact financier prévisible relié au coût de ces services pour la jeune génération;
- La protection des fonds accumulés au bénéfice des cotisants au régime devrait être assurée pas des mécanismes légaux étanches;
- La gamme de services couverts serait définie et orientée vers le support à domicile tout en couvrant également divers types de services d'hébergement;
- La gestion opérationnelle devrait être faite en cohérence avec les orientations préconisées par la Commission pour les *Groupes de médecine familiale* et les réseaux intégrés de services;
- Le régime couvrirait les pertes d'autonomie de longue durée (après plus de six mois ou irréversibles);
- Les services à domicile pourraient être offerts par des prestations en nature ou en argent;
- Les prestations en argent pour les services à domicile seraient déterminées, s'il y a lieu, par le plan d'intervention. Elles seraient non imposables entre les mains du prestataire ou des « aidants » naturels reconnus, selon des niveaux et circonstances à définir;

- L'évaluation des besoins des personnes serait faite selon une grille unique dans tous les CLSC pour assurer l'équité dans l'admissibilité;
- Les modalités de gestion devraient prévoir un pouvoir et une responsabilité réels pour les équipes d'acheter le service le plus approprié, au meilleur coût;
- Un tel régime pourrait couvrir l'ensemble des personnes en perte d'autonomie de longue durée ou spécifiquement les personnes âgées;
- Les budgets actuels de services à domicile et d'hébergement et les ressources provenant du régime devraient être intégrés;
- La gestion doit favoriser l'utilisation des ressources les plus pertinentes.

UNE STRATÉGIE DE FINANCEMENT DES BESOINS PRIORITAIRES

R-30 Nous recommandons :

Que le gouvernement se dote d'une stratégie visant à assurer le financement des besoins prioritaires et la transition vers une nouvelle organisation de services plus performante.

La Commission considère que les besoins prioritaires à financer sont :

- La restructuration de la 1re ligne;
- Les services à domicile et de longue durée aux personnes en perte d'autonomie;
- Les services à la jeunesse en difficulté;
- La mise à niveau du réseau sur le plan technologique et immobilier.

LA GOUVERNE : CLARIFIER LES RÔLES, RENFORCER L'IMPUTABILITÉ DES DIRIGEANTS

6 recommandations, 13 propositions

LA GOUVERNE NATIONALE

R-31 Nous recommandons :

- Que le gouvernement précise le rôle de la gouverne nationale de façon à ce que celle-ci puisse relever les défis politiques contemporains, en matière de santé et de bien-être, et orienter la gestion globale des services, sur la base des principes préconisés par la Commission;
- Que la révision du rôle du MSSS mette l'accent sur les fonctions visant l'élaboration des orientations stratégiques, des grandes politiques sociosanitaires et l'évaluation des résultats;
- Que le gouvernement confie à un groupe de travail le mandat de le conseiller sur diverses options, notamment, le renouvellement du Ministère, la création d'une agence nationale et toute autre proposition visant à adapter la gouverne nationale aux défis de l'avenir;
- Que ce groupe de travail soit composé d'administrateurs publics reconnus, de gestionnaires expérimentés du monde des affaires, de professionnels de la santé et de citoyens.

LA GOUVERNE RÉGIONALE

R-32 Nous recommandons :

- Que le MSSS confirme la nécessité de régies régionales responsables et imputables envers lui,
- Que les régies disposent d'une large marge de manœuvre et d'autonomie pour actualiser les orientations ministérielles de santé et

de services sociaux, organiser les services dans la région et allouer les ressources.

Pour appuyer cette recommandation : 7 propositions

P-47 Nous proposons :

Que le conseil d'administration des régies régionales soit composé de 14 membres nommés par le gouvernement, dont :

- 4 personnes reconnues pour leur compétence en matière de gestion et résidant dans diverses parties du territoire régional;
- 3 personnes reconnues pour leur compétence en matière de gestion et provenant du milieu de la santé et des services sociaux;
- 1 député - et non un ministre - choisi par les membres de l'Assemblée nationale de la région concernée selon un mécanisme à convenir;
- 1 personne du milieu communautaire;
- 1 personne du milieu de l'enseignement;
- 1 personne du milieu syndical;
- le président de la Commission médicale régionale;
- le président de la Commission infirmière régionale;
- le directeur général.

P-48 Pour consulter et informer la population, nous proposons :

Que le conseil d'administration des régies régionales ait la responsabilité de constituer un Forum de citoyens pour le conseiller sur les enjeux de santé et de bien-être de la région.

P-49 Pour améliorer l'organisation des soins, nous proposons :

Que le conseil d'administration de chaque régie régionale mette sur pied une Commission infirmière régionale afin de le conseiller sur l'organisation des soins et leur intégration sur le territoire.

P-50 Pour renforcer les opérations de gestion, nous proposons :

Que les régies régionales adoptent les principes directeurs de gouverne proposés par la Commission : responsabilité populationnelle, territorialité, imputabilité, primauté aux résultats, subsidiarité, importance de la gestion et participation des citoyens.

P-51 Nous proposons :

Que les responsabilités et l'imputabilité de la régie régionale envers l'autorité centrale soient concrétisées dans un contrat de performance triennal, négocié entre les deux parties, avec évaluation et ajustement annuel.

P-52 Nous proposons :

Que la régie régionale ait un pouvoir de surveillance et d'enquête dans les cas suivants :

- un établissement ne respecte pas la loi et ses règlements;
- un établissement tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes desservies par l'établissement;
- un établissement est sérieusement soupçonné de malversation ou de faute grave de gestion.

P-53 Nous proposons :

Que le directeur général soit nommé par son conseil d'administration, cette nomination devant être approuvée par la ministre.

LA GOUVERNE DES ÉTABLISSEMENTS

R-33 Nous recommandons :

Que les établissements de 1re ligne soient regroupés sous une gouverne unique dans un territoire donné. Celle-ci devrait regrouper, au sein d'un conseil d'administration unifié, le ou les CLSC, le ou les CHSLD et, le cas échéant, l'hôpital local.

Pour appuyer cette recommandation : 3 propositions

P-54 Nous proposons :

Que soit constitué un seul conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), un seul conseil des infirmières et infirmiers (CII) et un seul conseil multidisciplinaire (CM) par conseil unifié.

P-55 Nous proposons :

Que le conseil d'administration unifié ait la responsabilité de mettre sur pied un mécanisme permettant à tous les professionnels de la santé et des services sociaux, publics et privés, de son territoire de le conseiller sur l'organisation des services.

P-56 Nous proposons :

Que les établissements et les régies régionales reconnaissent la contribution essentielle des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des coopératives;

R-34 Pour accroître la compétence administrative, assurer la présence de professionnels sociosanitaires engagés dans la communauté et maintenir la participation des citoyens, nous recommandons :

Que les membres du conseil d'administration des établissements locaux soient, pour certains, élus, et pour d'autres, nommés.

FAVORISER LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES SPÉCIALISÉS À PORTÉE RÉGIONALE ET NATIONALE

R-35 Nous recommandons :

- Que les membres des conseils d'administration des établissements spécialisés à portée régionale soient nommés en fonction des éléments suivants :
  - liens avec les établissements de 1re ligne et représentation de la région;
  - compétence en matière de gouverne;
  - expertises professionnelles spécifiques.
- Que les membres des conseils d'administration des établissements avec mandats suprarégionaux ou nationaux soient nommés en fonction des éléments suivants :
  - liens avec les régies régionales desservies;
  - liens avec les établissements de 1re ligne et 2e ligne desservis;
  - compétence en matière de gouverne;
  - liens avec l'université : enseignement et recherche (s'il y a lieu);
  - expertises professionnelles spécifiques.

ACCROÎTRE L'IMPUTABILITÉ ET ÉVALUER LA PERFORMANCE

R-36 Nous recommandons :

Que des contrats triennaux de performance soient négociés entre les établissements et la régie, dans une perspective de responsabilité partagée et d'imputabilité claire quant aux résultats à atteindre, et fassent l'objet d'un suivi annuel.

Pour appuyer cette recommandation : 3 propositions

P-57 Nous proposons :

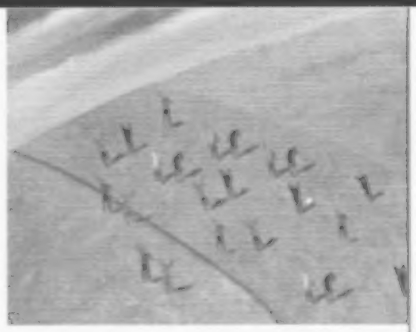
Que les conseils d'administration des établissements adoptent les principes directeurs de gouverne proposés par la Commission.

P-58 Nous proposons :

Que les conseils d'administration des établissements mettent sur pied un comité d'évaluation de la performance.

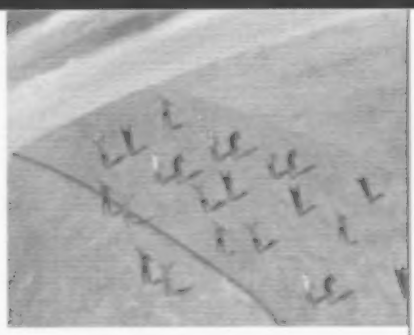
P-59 Nous proposons :

Que les conseils d'administration des établissements adoptent des moyens efficaces et diversifiés de consultation et d'information de la population.



PARTIE II

SYNTHÈSE DES CONSULTATIONS



PARTIE II 1

L'AUDITION DES GROUPES NATIONAUX

La Commission a reçu 212 mémoires (Annexe : *Groupes nationaux : résumés des mémoires déposés auprès de la Commission*). La majorité de ceux-ci (80 %) provenait d'organismes représentant divers acteurs, utilisateurs et partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. D'autres groupes à caractère socio-économique ainsi qu'une dizaine d'individus ont également fait parvenir leurs points de vue directement à la Commission.

Dans le cadre de l'audition des groupes nationaux, la Commission a entendu 124 de ces organismes. Nous avons choisi de reproduire ici les grandes lignes de ce qui nous apparaît représenter les idées principales émises lors de ces rencontres.

FAITS SAILLANTS

DES VALEURS

Bien que le système de santé et de services sociaux québécois doive absolument améliorer sa performance afin d'assurer une réponse adéquate et efficace aux besoins actuels et futurs de la population, les groupes rencontrés ont manifesté un vif attachement aux valeurs de solidarité sociale et d'équité de même qu'aux grands principes d'accessibilité, d'universalité et de « gratuité » qui ont guidé le développement de ce système. Il paraît cependant inévitable que celui-ci doive évoluer dans le sens d'une modernisation de son fonctionnement, de sa gestion, de l'organisation de ses services et d'une plus grande responsabilité à l'égard de la santé et du bien-être tant des patients que de la population en général.

De plus, le financement public rallie toujours l'ensemble des acteurs. On sent toutefois un appui plus nuancé à la production de services entièrement *publics* et à une gestion *publique* de toutes les composantes du système. Il n'y a certes pas de consensus sur quelque forme de privatisation actuellement. Par ailleurs, il existe certainement des ouvertures à l'expérimentation de solutions novatrices qui vont au-delà du statu quo.

DES SERVICES DE SANTÉ, DES SERVICES SOCIAUX, POUR QUI?

Une large majorité des groupes entendus a soutenu que les citoyens du Québec exigent des soins de qualité et des services accessibles. Dans l'esprit d'une plus grande prise en charge et d'une plus grande responsabilisation de leur santé, ils désirent avoir accès à un maximum d'information et souhaitent la transparence tant des informations et des décisions que des dépenses réalisées dans ce secteur. Ces organismes ont également insisté sur le maintien d'un système public, universel et « gratuit » dans lequel la confidentialité des dossiers cliniques est essentielle.

Plusieurs groupes de citoyens ont attiré l'attention de la Commission sur l'impact que certaines décisions, transformations et réformes dans le réseau de services peuvent avoir sur la population en général et sur certains groupes et clientèles, en particulier. Divers porte-parole représentant des clientèles spécifiques utilisatrices des services sociaux et de santé

comme les personnes présentant une déficience physique ou intellectuelle, les personnes atteintes de cancer, de la maladie d'Alzheimer, les personnes souffrant d'insuffisance respiratoire, etc. ont fait état des difficultés à obtenir des services continus et accessibles basés entre autres sur l'écoute de la personne et la satisfaction de ses besoins.

Des organismes ont exigé qu'une attention particulière soit accordée aux femmes. En plus de représenter une bonne majorité du personnel du réseau, on les retrouve, plus souvent qu'autrement, au chevet d'un membre de la famille à titre d'« aidante naturelle ». On a souligné par exemple l'impact considérable du virage ambulatoire sur la vie des femmes, plus particulièrement. On a également rappelé que plusieurs d'entre elles assument la triple tâche de travailleuse à l'extérieur, mère de famille et travailleuse domestique. Certains groupes représentant spécifiquement les femmes victimes de violence conjugale ont insisté sur les programmes de prévention de la violence auprès des enfants dans les écoles, de même qu'un meilleur soutien, au-delà de l'hébergement, des services de support pour ces femmes et ces enfants.

D'autres groupes ont attiré l'attention de la Commission sur des clientèles plus vulnérables, comme les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Pour celles-ci, les préjugés entourant leur réalité semblent encore très présents au Québec, y compris à l'intérieur du réseau de santé et de services sociaux. Les personnes aux prises avec ces difficultés trouvent difficilement le support nécessaire dans le réseau. De plus, le processus de désinstitutionnalisation apparaît loin d'être achevé; à ce chapitre, on note encore un manque important de ressources, dans la communauté, pouvant répondre adéquatement aux besoins de ces personnes.

Certains ont également cru bon de rappeler à la Commission que notre système de santé et de services sociaux comportait des failles; des clientèles importantes comme les itinérants et ceux qu'on a appelés les « exclus » échappaient encore aux intervenants du réseau. Cette observation devrait faire partie de toute réflexion relative à la réorganisation des services sociaux et de santé.

Les groupes représentant les jeunes ont exigé quant à eux que la Commission considère l'équité intergénérationnelle dans ses réflexions, de façon à assurer la « pérennité » du système public de santé et de services sociaux. De plus, ces groupes et d'autres intervenants auprès des clientèles jeunesse ont énergiquement réagi au mode de gestion de crise présentement en vigueur dans le réseau. Ce type de gestion favorise des

réponses à la pièce et génère des investissements importants dans la résolution de situations spectaculaires médiatisées, comme le grand nombre de patients sur civière, éclipsant du même coup d'autres besoins, non moins importants, comme ceux de la détresse psychologique des jeunes et des listes d'attente pour les services jeunesse.

Les groupes représentant les communautés d'expression anglaise ont invité la Commission à être vigilante dans les modifications qui pourraient être apportées au réseau, de façon à ce que celles-ci n'aient pas pour conséquence de diminuer l'offre de services en langue anglaise. En effet, ces groupes ont souligné que des changements dans l'organisation des services ou dans les structures pourraient, de façon insidieuse, non volontaire, représenter une diminution dans le choix offert à ces personnes sur un territoire donné. Ces groupes ont souligné de plus le rôle important du comité provincial pour les services en langue anglaise à titre de conseiller du gouvernement sur cette question.

Enfin, les Premières Nations ont rappelé à la Commission l'importance des problèmes sociaux vécus dans ces communautés et leur volonté d'y faire face. Elles ont insisté sur la reconnaissance de leurs propres structures démocratiques comme maître d'œuvre des solutions à ces problèmes.

UNE VISION

La réorganisation des services de santé et des services sociaux doit être précédée d'une vision à moyen et long terme du développement de notre système. Cette vision devrait contenir les éléments suivants :

- Considérer la santé comme un investissement plutôt que comme une dépense;
- Se donner une politique de santé et de bien-être qui contient tant des objectifs d'amélioration de santé et de bien-être pour la population que des objectifs de services à offrir; que les services développés visent à favoriser l'autonomie des personnes et leur maintien dans la communauté le plus longtemps possible;
- Créer la confiance chez les travailleurs du réseau, valoriser leur travail, reconnaître les efforts d'adaptation, recréer une fierté à soigner et à contribuer à améliorer la santé d'une population;
- Adopter un mode de gestion continue du changement.

DES STRATÉGIES

Plusieurs groupes ont insisté sur cet aspect : gérer à partir de résultats bien définis et non en fonction de moyens. Cela signifie : fixer des objectifs clairs, identifier des indicateurs de résultat, préciser les modes d'imputabilité, clarifier les responsabilités. Il faut viser un haut standard de qualité de services, mettre de l'avant les balises qui permettront d'implanter une culture de l'évaluation et de la satisfaction des usagers (réactivité), encourager et soutenir l'innovation et la flexibilité, supporter les bonnes performances.

L'adaptation des politiques aux réalités régionales représente sans aucun doute un grand consensus; le « mur à mur » ne semble pas constituer la voie de l'avenir au Québec. D'autre part, l'utilisation maximale des ressources existantes est nécessaire avant de chercher à démontrer l'urgence de réinvestir dans le système.

Enfin, bien que quelques groupes ne favorisent pas cette avenue, plusieurs suggèrent que les nouvelles approches soient implantées progressivement, notamment à partir de projets de démonstration qui mettraient en évidence les avantages de ces nouvelles façons de faire pour les utilisateurs et la population.

LES SERVICES ASSURÉS

Actuellement, la définition du panier de services assurés réfère au concept de services « médicalement requis ». Plusieurs groupes ont souligné la désuétude de ce concept par rapport à la réalité contemporaine et proposent d'ajouter à ce paradigme les concepts de « cliniquement requis » (faisant appel ici à toute intervention thérapeutique moderne) et de « socialement requis » (à définir selon des groupes de population spécifiques comme les jeunes, les personnes âgées, etc.). De même, les soins à domicile devraient faire partie des services assurés.

Jusqu'où peut-on, doit-on et veut-on aller dans la couverture des services sociaux et de santé? Tous reconnaissent l'importance et l'urgence de se poser ces questions, mais peu ont osé y répondre devant la Commission. Toutefois, l'idée d'instituer un forum permanent de réflexion-discussion dans le but d'approfondir les questions éthiques générées par les nouvelles technologies, en relation avec la capacité collective de payer et les valeurs morales de la société québécoise, a été suggérée par les personnes et organisations qui s'intéressent particulièrement à ce sujet. Ce forum devrait être formé

de citoyens, de professionnels et de chercheurs.

LES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Un large consensus se dégage sur la nécessité d'investir dans les activités de prévention et de promotion de la santé (tabagisme, vaccins, promotion de l'activité physique, etc.) et de les soutenir plus énergiquement. Toutefois, au-delà des services de santé, la nécessité d'investir dans la prévention des problèmes sociaux (violence, détresse psychologique, alcoolisme, problèmes de comportement, etc.) a été soulignée par plusieurs, notamment les groupes de jeunes, les associations d'établissements jeunesse et les médecins en santé communautaire. Comme ces services seraient souvent les premières cibles de compressions au profit des services curatifs, certains ont suggéré de leur accorder un budget protégé, permettant ainsi d'éviter le sous-investissement dans ce domaine.

À ce chapitre, il a été mentionné que le partenariat avec d'autres secteurs comme ceux de l'éducation et des municipalités de même que la collaboration avec les organismes communautaires demeurent des incontournables dans la réalisation de ce genre d'activités.

LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Des regroupements d'organismes communautaires représentant des personnes handicapées, des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, des groupes de jeunes, de femmes, des familles, etc., ont présenté à la Commission le rôle important et l'implication qu'ils ont dans l'ensemble des services de santé et des services sociaux, tant au plan de la prévention et de la promotion de différentes problématiques sociales et médicales, qu'au plan du développement de services de support et d'accompagnement, de services d'hébergement et de services directs auprès de clientèles spécifiques. Ces groupes font également valoir leur expertise dans le dépistage de groupes à risque et leur capacité d'intervention auprès de ceux-ci.

Ces organismes souhaitent une meilleure reconnaissance de leur contribution dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Tout en exigeant une augmentation du financement global qui leur est accordé, ils désirent également une stabilisation des subventions sur une base pluriannuelle. La plupart reconnaissent la

nécessité de développer des mécanismes clairs d'évaluation qui tiennent compte de leur autonomie tant au plan de leur fonctionnement que de leurs modes d'intervention. Enfin, certains prônent un financement global plutôt qu'un type de financement par programme tel qu'appliqué actuellement.

L'ORGANISATION DES SERVICES DE BASE (SERVICES DE 1re LIGNE)

Miser sur la relation privilégiée entre un médecin de famille et son patient, ce médecin appuyé par une équipe de 1re ligne (infirmières, travailleurs sociaux et autres), apparaît constituer la base d'une meilleure organisation et d'une meilleure intégration des services de première ligne.

Les services médicaux et sociaux de 1re ligne

Les services de base devraient inclure les services courants suivants : les services médicaux, sociaux, psychosociaux, infirmiers, de santé mentale, de réadaptation, de même que les services de prévention et de promotion, les services d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie, les services à domicile, les soins palliatifs, les services en périnatalité, les services Info santé CLSC, médicaux et sociaux. Bon nombre de ces services doivent être disponibles 24 heures sur 24, 7 jours par semaine. Les pharmaciens et les optométristes, exerçant « en officine » dans la communauté, ont également souhaité être reconnus parmi les professionnels dispensant des services de 1re ligne.

L'urgence des centres hospitaliers doit bien sûr faire partie d'une gamme de services de 1re ligne mais, à l'inverse de tous les autres services de base, celle-ci doit absolument être utilisée pour les cas urgents et non en raison du manque de services adéquats dans l'ensemble du réseau ou de la non accessibilité des autres ressources de 1re ligne.

Lorsqu'on fait allusion aux services de 1re ligne dans ce réseau, on réfère plus souvent qu'autrement aux services médicaux. Certains groupes ont rappelé que les services sociaux de 1re ligne représentent un parent pauvre du système; il faudrait absolument mieux définir la 1re ligne sociale et investir en conséquence.

Les services de base aux personnes âgées

Plus spécifiquement sur la question des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, des groupes ont rappelé à la Commission que les centres d'hébergement et de soins de longue durée ne répondaient actuellement qu'à 68 %, en moyenne, des

« heures-soins » requises pour répondre aux besoins des personnes hébergées et qu'il fallait absolument augmenter ce taux de réponse. D'autres ont souligné la nécessité de prévoir un mécanisme d'évaluation pour les résidences privées d'habitation et ont suggéré l'implantation d'un processus d'agrément. Les associations concernées ont elles-mêmes souhaité l'implantation d'un tel mécanisme. Enfin, il apparaît important de définir le panier de services offerts à domicile et de clarifier lesquels peuvent être dispensés par les organismes d'économie sociale et ceux pouvant l'être par l'intermédiaire des CLSC. Pour ces services, une révision du mode de tarification de même que du programme d'exonération financière gouvernemental semble nécessaire.

La coordination, l'intégration, la continuité des services

Plusieurs conçoivent très bien que les CLSC puissent agir comme coordonnateurs, intégrateurs, initiateurs et leaders de la concertation entre les différents dispensateurs de services. De même, on reconnaît l'expertise des CLSC dans le dépistage de clientèles vulnérables et à risque.

Un consensus semble se dégager chez les différents acteurs du réseau quant à une meilleure intégration des services sur une base territoriale. Cette ouverture se traduit par : une plus grande collaboration entre les CLSC et les cabinets privés de médecins, une nécessaire coordination en fonction des intérêts du patient, le recours à une équipe multidisciplinaire et l'existence de ressources déjà en place avec lesquelles il faut composer. Cette volonté de collaboration devrait toutefois être reconnue, soutenue et stimulée par des incitatifs financiers.

Le modèle de services de 1re ligne sous autorité unique se conçoit relativement bien dans plusieurs régions. On note toutefois que les mécanismes de concertation clinique comme les conseils de médecins, dentistes et pharmaciens et les conseils d'infirmiers et infirmières devront suivre la même logique d'intégration par territoire. Ce type d'organisation demeure cependant problématique pour les régions urbaines. Dans ces régions, la voie de l'expérimentation de différentes formules semble privilégiée avant l'adoption et l'implantation d'un modèle spécifique. Des projets de démonstration comme le projet SIPA (Services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie), le projet des Bois-Francs ou celui du CLSC d'Orléans, basés sur une équipe multidisciplinaire qui prend en charge une clientèle spécifique, méritent qu'on s'y intéresse. D'autres ont suggéré d'expérimenter un projet de « fundholding » qui prévoit l'inscription d'une population auprès d'un médecin ou d'un groupe de médecins qui dispose lui-même des ressources financières pour acheter tous les services requis par sa clientèle. Enfin, procéder à des

ententes contractuelles avec des groupes de médecins sur la base d'un territoire de CLSC représente une autre voie à explorer.

L'idée d'un dossier patient informatisé fait consensus chez la grande majorité des groupes entendus. Cet outil représente un instrument privilégié de coordination, de continuité des services et de suivi du patient, de même qu'un excellent canal de transmission d'information entre les divers intervenants. On ne pourra toutefois faire l'économie d'une protection inviolable des renseignements inscrits ni d'une sécurité à toute épreuve.

LES SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2E ET 3E LIGNES ET LEURS LIENS AVEC LA 1RE LIGNE

La hiérarchisation des soins

Plusieurs ont plaidé en faveur d'une hiérarchisation des soins à l'intérieur de laquelle les professionnels seraient utilisés en fonction de leur expertise propre. De plus, les groupes ont insisté sur le nécessaire lien entre le médecin de famille et le médecin spécialiste de 2e ligne, de même que sur la facilité d'accès par les omnipraticiens aux services des spécialistes.

Une concentration de l'expertise

Les représentants des médecins spécialistes favorisent clairement une concentration de l'expertise de 2e et 3e lignes. Selon ces derniers, la qualité de ces services doit primer sur leur localisation. De plus, pour être efficace et garantir la mise à jour constante de l'expertise, la prestation de soins surspécialisés doit compter sur une masse critique suffisante de population à desservir.

L'établissement de corridors de services pour accéder aux services spécialisés et ultraspécialisés apparaît comme une idée à généraliser. Toutefois, ces corridors doivent être fonctionnels et régis par des ententes contractuelles claires entre les établissements.

Plusieurs organismes régionaux ont exigé la révision des politiques de frais de déplacement permettant aux citoyens d'être remboursés lorsqu'ils doivent recevoir des services dans un autre établissement, services qui ne sont pas disponibles dans l'établissement le plus près de leur résidence. Cette politique assurant l'accessibilité à tous semble sous-financée dans les régions éloignées.

L'accessibilité aux spécialités de base

D'autres ont insisté sur la nécessité que les spécialités de base comme la chirurgie générale, l'anesthésie, la pédiatrie, la médecine interne, la psychiatrie soient présentes dans chaque centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Cette recommandation est affirmée avec plus de vigueur dans le cas des centres hospitaliers des régions éloignées.

Des cliniques affiliées aux centres hospitaliers

On constate une ouverture de la part des médecins à l'expérimentation d'un projet de clinique affiliée à un centre hospitalier qui dispenserait des services médicaux, des chirurgies mineures et certains services diagnostics. Ce projet pourrait être concrétisé sous la forme d'une entente contractuelle établissant des règles claires entre les parties.

L'accessibilité aux services de réadaptation physique

Certains groupes ont attiré l'attention de la Commission sur l'existence d'une voie rapide dans la prestation des services de deuxième ligne en réadaptation physique. En effet, les pratiques observées dans le fonctionnement de deux grandes caisses publiques d'assurance : la CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail) et la SAAQ (Société de l'assurance automobile du Québec), qui disposent toutes deux d'un pouvoir d'achat de services, ont pour conséquence de favoriser ces assurés au détriment des autres citoyens en attente. À l'exemple de ces deux organisations, qui semblent obtenir des résultats intéressants, certains, dont les centres de réadaptation en déficience physique, ont suggéré l'instauration de mécanismes ou d'un fonds spécifique permettant l'achat de services pour tous les citoyens qui ne sont pas couverts par ces deux organismes.

Les services de réadaptation en déficience intellectuelle

Malgré tous les efforts déployés depuis plusieurs années, le réseau n'arrive pas à répondre adéquatement à la demande de services spécialisés des personnes présentant une déficience intellectuelle et à soutenir efficacement leur famille et leur entourage. On constate des listes d'attente considérables pour certains services. Les centres de réadaptation en déficience intellectuelle ont insisté sur l'importance de garantir l'accessibilité aux services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale, et ce, sans délai. Ils ont également précisé que la position stratégique qu'ils occupent dans ce continuum de services leur permettait d'articuler des ententes intersectorielles leur

permettant de répondre à l'ensemble des besoins de ces personnes, moyennant un budget basé sur les besoins réels et le coût des services requis.

Les services de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes

L'une des difficultés majeures identifiées par les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes est l'absence de coordination tant sur le plan interministériel qu'au sein même des instances relevant du Ministère. Cette situation crée des lacunes dans la continuité et l'intégration des services offerts à cette clientèle. Pour pallier cette difficulté, les centres de réadaptation suggèrent une meilleure coordination régionale dans l'accès aux services spécialisés de réadaptation en toxicomanie et proposent que les membres de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes jouent ce rôle d'acteur régional.

D'une façon générale, les centres de réadaptation invitent la Commission à être prudente dans l'utilisation des concepts de services de 1re et 2e lignes. Les clientèles utilisant ces services révèlent souvent une problématique complexe, multidimensionnelle et intersectorielle. Les services rendus auprès de ces personnes doivent pouvoir être adaptés de façon souple et flexible. L'application de ceux-ci ne devrait pas être trop rigide.

Les services spécialisés pour jeunes en difficulté

Les représentants des centres jeunesse ont insisté sur la nécessité de consolider les services spécialisés de 2e ligne. L'approche privilégiée préconise l'implantation des « meilleures pratiques » dans tout le réseau. Cette façon de faire implique également la standardisation des pratiques professionnelles et la budgétisation des établissements en fonction de la nature des clientèles accueillies et du volume d'activités. Pour ce faire, il serait urgent de développer de nouveaux indicateurs de gestion permettant de mesurer la performance des établissements et de mieux documenter le niveau de rehaussement budgétaire demandé par certaines régions. De plus, les centres jeunesse ont insisté sur la nécessité d'investir, de façon continue, dans la formation du personnel intervenant auprès des jeunes et des familles.

LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES (CHU)

Le monde des centres hospitaliers universitaires est fort complexe. Ces établissements ont plusieurs rôles : prestation de soins spécialisés, recherche, enseignement, évaluation

des technologies. Les fonctions de recherche et d'enseignement semblent ne pas être considérées à leur juste valeur dans l'ensemble du système de services de santé et de services sociaux. Il faudrait absolument arriver à concevoir la recherche comme un investissement et non comme une dépense. Dans le même souffle, il faudrait accorder un rôle important au directeur de la recherche dans la structure organisationnelle d'un CHU. De plus, ces centres exigent une plus grande valorisation à titre de centres d'excellence à la fine pointe de la technologie.

Les CHU sont en interaction avec trois ministères différents : celui de la Santé et des Services sociaux, celui de l'Éducation et celui de la Recherche, de la Science et de la Technologie. Les établissements universitaires souhaitent une meilleure coordination entre ces ministères de même qu'une clarification de leurs responsabilités propres, de leurs priorités et des résultats attendus eu égard à leur part de financement.

Les CHU agissent tant au plan local, régional que national. La majorité de leur clientèle provient de leur environnement immédiat, mais ils dispensent également des services qui vont au-delà d'un bassin de desserte régionale, des services dits suprarégionaux et d'autres qui ont une dimension nationale et internationale. Plusieurs ont souligné l'importance que ces établissements soient reliés à un réseau local et régional. Il semble également essentiel qu'ils fassent partie d'une stratégie provinciale.

On peut constater que la question de l'imputabilité de ces établissements n'est pas simple. Certains prônent une imputabilité directe au Ministère, d'autres y voient des avantages à relever d'un palier régional, responsable de la coordination de l'ensemble des services de la région, du moins pour une partie de leurs activités. Tous semblent rejeter le statu quo et souhaitent une clarification des responsabilités.

Enfin, la concentration de grandes spécialités dans un nombre restreint d'établissements universitaires (CHU, CHA (centre hospitalier affilié), institut universitaire) et le partage de ces spécialités entre eux, plutôt qu'une offre complète dans chacun, ont été suggérés comme des hypothèses à envisager dans une future réorganisation.

LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Plusieurs groupes ont rappelé à la Commission qu'il est essentiel de régler les questions d'organisation de services avant d'établir de nouveaux mécanismes de rémunération. Il

semble cependant se dégager un consensus sur le fait que la rémunération à l'acte paraît de moins en moins adaptée à une médecine moderne qui répond à des principes de continuité, de suivi du patient et d'accessibilité aux soins pour tous, incluant les cas plus lourds.

Sans entrer dans les détails, certains paramètres ont toutefois été suggérés :

- ajuster la rémunération en fonction des clientèles plus lourdes et du temps requis pour répondre à certaines d'entre elles comme les personnes âgées;
- rémunérer en fonction de la participation des médecins à un réseau intégré de services;
- mettre de l'avant le principe d'une rémunération mixte.

Les attentes des établissements ou des réseaux de services intégrés devraient être précisées dans les privilèges de pratique des médecins. Ceux-ci pourraient contenir des objectifs clairs de même que les obligations des professionnels.

Il ne semble pas y avoir de consensus chez les différents acteurs quant au diagnostic d'une pénurie globale de médecins au Québec. Toutefois, les nombreux groupes qui ont abordé la question admettent tous qu'il existe de réels problèmes de répartition régionale et de pénurie dans certaines spécialités. Pour pallier ces difficultés, différents moyens ont été suggérés : régionaliser une partie des enveloppes de la Régie de l'assurance maladie du Québec, intégrer la rémunération des spécialistes au budget de l'établissement, assurer une meilleure planification des effectifs médicaux, « décontingenter » les admissions en médecine, accorder des bourses supplémentaires au moment de la spécialisation (4e année ou résidence) en échange d'un engagement de pratique en région, rendre les médecins admissibles à un régime de retraite gouvernemental.

LE PERSONNEL EN GÉNÉRAL

On observe une certaine morosité chez l'ensemble des travailleurs du réseau depuis quelque temps. Les gens se disent épuisés, échaudés, soumis à des pressions extraordinaires. Il faut recréer un climat de confiance, valoriser ces personnes et reconnaître leur travail.

Plus de flexibilité dans la gestion des ressources humaines

La rigidité des conventions collectives est pointée du doigt par certains. Des groupes de

gestionnaires ont affirmé gérer davantage des droits et des contraintes plutôt que des personnes. La multiplicité d'accréditations syndicales (suite aux fusions notamment) nuit à la bonne gestion des ressources humaines. Il faudrait en réduire le nombre. Il faudrait également pouvoir compter sur beaucoup plus de flexibilité dans la gestion quotidienne des ressources humaines.

Une avenue de solution pour certains groupes (surtout patronaux) est de décentraliser la négociation des conventions collectives. Ceux-ci plaident en faveur d'une plus grande marge de manœuvre aux négociations locales dans le processus central de négociation. Des organisations syndicales ont fait valoir qu'il existe déjà un certain nombre de clauses qui peuvent être négociées à l'échelle locale et qui ne sont pas exploitées à leur plein potentiel. Elles ont aussi fait valoir qu'il est essentiel d'impliquer les travailleurs dans l'organisation et la réorganisation du travail.

Décloisonner les pratiques professionnelles

Une autre piste de solution consiste à décloisonner les pratiques professionnelles et à réviser les champs de pratique de façon à reconnaître entre autres le rôle d'infirmière clinicienne et à clarifier la délégation d'actes. L'idée de revoir le code des professions afin de mieux protéger la population a été soulevée par quelques groupes.

Mieux utiliser les compétences de chacun

L'utilisation maximale et adéquate de toutes les ressources humaines du réseau : infirmières, infirmières auxiliaires, thérapeutes en réadaptation physique, physiothérapeutes, auxiliaires familiales, préposés aux bénéficiaires, etc., se dégage comme un vaste consensus. On constate toutefois certaines rigidités à ce que son propre champ de pratique soit affecté. Dans un contexte de pénurie de certaines catégories de personnel, le système doit absolument pouvoir compter sur la collaboration de tous. Les actes délégués, la valorisation de certaines pratiques représentent des exemples qui peuvent s'appliquer à plusieurs catégories d'emploi.

Plusieurs groupes de médecins ont revendiqué une plus grande place dans la prise de décision exigeant un rôle plus actif dans les orientations et les décisions ayant un impact sur leur environnement.

Une clé : la formation

« Tout changement doit être soutenu par la formation. Une meilleure connaissance

constitue la base de la capacité de s'adapter et d'évoluer ». Cette citation d'un groupe entendu par la Commission résume bien le consensus observé autour de la nécessité d'investir et d'accorder une attention particulière à la formation du personnel. Les nombreux groupes représentant l'une ou l'autre catégorie de personnel (médecins, infirmières, personnel de soutien, gestionnaires, autres professionnels, etc.) situent tous la formation parmi les conditions de succès d'un système amélioré. Cela illustre certainement la volonté de tous d'élever leur niveau de compétence en vue d'atteindre les meilleurs standards et de participer à l'implantation de nouvelles façons de faire. Certains ont cru bon de préciser que toute formation, pour tout intervenant, dans un réseau moderne de services, devrait absolument inclure le fonctionnement en interdisciplinarité, une bonne connaissance de l'organisation de l'ensemble des services ainsi que du fonctionnement des systèmes d'information. Enfin, encourager la mobilité du personnel devrait également constituer une avenue prometteuse.

Assurer la relève

Des groupes de cadres supérieurs et de directeurs généraux ont également attiré l'attention de la Commission sur la difficulté d'assurer une relève à des postes importants. D'ici les cinq prochaines années, il faut prévoir qu'une bonne proportion des directeurs généraux en exercice prendront leur retraite. C'est maintenant qu'il faut définir les profils recherchés et dépister les potentiels prometteurs. Ces groupes ont suggéré l'adoption d'une stratégie proactive de sélection et de formation sur mesure.

Créer une assurance responsabilité

Enfin, un groupe a suggéré l'idée de créer une assurance responsabilité de type « no fault » à l'exemple de ce qui existe actuellement dans le régime d'assurance automobile du Québec. Cette idée est basée sur le fait que plusieurs professionnels (médecins, infirmières) auraient, par crainte de poursuite, développé une pratique plutôt défensive et coûteuse les amenant ainsi à multiplier les examens diagnostics et à répéter les investigations. De même, une telle logique impliquerait un dédommagement presque automatique des personnes lésées contrairement à la situation actuelle où ces gens doivent démontrer une vigoureuse détermination, dépenser des sommes énormes et se soumettre à des délais interminables avant d'obtenir satisfaction.

LES AIDANTES NATURELLES

Le choix de maintenir les personnes dans la communauté et d'offrir les services à domicile exige souvent la collaboration des proches et de la famille. Ce qu'on attend de ces personnes n'est pas toujours exprimé clairement et dépasse souvent les connaissances et capacités de celles-ci. En plus des soins personnels et d'hygiène, on leur demande souvent d'être attentives à certains symptômes, de procéder à des injections et de dispenser des soins infirmiers. Ne serait-il pas pensable d'offrir une certaine formation de base à ces gens qui acceptent de consacrer temps et énergie auprès de leurs proches ?

Certains groupes ont fait valoir que la société actuelle n'est pas organisée de façon à faciliter et encourager l'aide et le support à nos proches. Ceux-ci ont suggéré des moyens pour assurer une reconnaissance sociale et financière à ces aidantes naturelles : explorer du côté des normes du travail de façon à permettre l'absence à l'emploi sans perte de privilège (horaire adapté, congés sans perte de salaire, etc.) et développer des mesures fiscales visant à reconnaître leur contribution.

L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

La Commission a entendu plusieurs commentaires de la part de groupes communautaires et de l'industrie pharmaceutique sur le régime d'assurance médicaments. Bien que les organismes représentant les plus défavorisés aient exprimé des insatisfactions quant au fonctionnement actuel, plusieurs autres groupes ont souligné ses bénéfices pour la société québécoise. Les groupes communautaires et syndicaux ont souhaité un régime public et universel d'assurance médicaments de même que l'adoption d'une réelle politique du médicament.

Les coûts et les choix gouvernementaux relatifs à l'inscription des médicaments sur la liste des produits assurés ont également été soulevés. Certains groupes favorisent davantage l'achat au prix le plus bas, voire les génériques, plutôt que les médicaments d'origine, mis sur le marché par les compagnies de recherche et de développement. Selon ces groupes, une économie de vingt millions de dollars serait en jeu dans l'adoption de cette alternative.

UNE GESTION OPTIMALE DE LA PHARMACOLOGIE

Des groupes témoignant d'un partenariat entre l'industrie pharmaceutique, des professionnels de la santé et des utilisateurs de médicaments spécifiques ont fait état d'expériences intéressantes en cours dans le réseau de la santé relativement à l'utilisation optimale de certains médicaments. Les projets PRIISME par exemple, une collaboration qui existe déjà dans plusieurs régions du Québec, impliquent de nombreux acteurs : une compagnie pharmaceutique de recherche et développement, des médecins spécialistes, des infirmières, les CLSC, les régies régionales de la santé et des services sociaux et bien sûr des « clients ». Ces expériences visant à assurer une gestion thérapeutique optimale à une clientèle particulière, dans ce cas-ci les personnes aux prises avec des difficultés respiratoires, semblent présenter des résultats fort intéressants. D'autres groupes ont également fait valoir les bienfaits d'expériences semblables.

LES PERSPECTIVES FINANCIÈRES

La Commission a entendu deux visions quant aux perspectives financières du gouvernement. L'une, mise de l'avant, entre autres, par les associations d'établissement, les groupes de médecins et plusieurs organisations hors-réseau, présente un écart important entre la croissance anticipée du PIB et l'évolution des dépenses gouvernementales de services de santé et de services sociaux soumises aux pressions du vieillissement de la population, des découvertes technologiques et du coût des médicaments. Cette hypothèse confirme les craintes déjà exprimées quant à la capacité de maintenir le système de santé et de services sociaux actuel. Cette projection conclut à la recherche de nouveaux moyens permettant de répondre à l'ensemble des besoins anticipés.

L'autre vision, appuyée et défendue principalement par les organisations syndicales et communautaires, semble plutôt optimiste quant à l'évolution de la richesse collective du Québec (PIB) et l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé et de services sociaux. Celles-ci en arrivent à la conclusion que l'État possède suffisamment de ressources pour maintenir l'intégralité du système.

Le gouvernement disposera-t-il de marges de manœuvre suffisantes pour assurer aux citoyens du Québec des soins et services de santé à la hauteur de leurs espérances et pouvant satisfaire leurs attentes? Malgré les points de vue différents sur cette question, plusieurs groupes se sont toutefois prêtés à l'exercice de présenter à la Commission leur

réflexion sur quelques façons d'améliorer l'utilisation des ressources financières consacrées à la santé et aux services sociaux.

MAXIMISER LE POTENTIEL DES RESSOURCES PUBLIQUES

Plusieurs groupes ont exprimé le sentiment que les ressources publiques n'étaient pas encore exploitées au maximum de leur potentiel. Ceux-ci ont souligné qu'avant d'envisager par exemple une contribution supplémentaire publique ou privée, il fallait absolument que le système public revoit son organisation de services et dispose pour ce faire des moyens adéquats lui permettant d'utiliser toute la capacité de l'ensemble des ressources. L'une des idées proposées pour atteindre cet objectif est de stimuler la compétition interne entre les établissements publics, voire à l'intérieur d'un même établissement.

MODIFIER LE MODE D'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

Tant au plan régional qu'au niveau local pour chacun des établissements, plusieurs idées ont été suggérées à la Commission. Répartir les budgets régionaux sur la base d'un *per capita* pondéré selon quelques paramètres qui prendraient en compte les particularités régionales. Régionaliser soit l'enveloppe de la Régie de l'assurance maladie du Québec, soit l'enveloppe de l'assurance médicaments ou les deux. Associer le financement d'un établissement à l'obligation d'établir des réseaux de services. En réaction au mode actuel de budgétisation des hôpitaux, caractérisé par le renouvellement quasi automatique d'un budget dit « de base historique », le consensus observé se situe autour de la recherche d'une nouvelle logique d'allocation budgétaire qui tienne compte de la performance, du type de clientèle, du volume et de la nature des activités produits par l'établissement.

LA CONTRIBUTION DU SECTEUR PRIVÉ

Les organismes qui ont démontré une plus grande ouverture à une participation du secteur privé ont suggéré notamment la mise en place de projets pilotes permettant de créer une base de comparaison entre le privé et le public pour ensuite être en mesure d'établir les avantages coûts/bénéfices de chacun. Les exemples cités par ces groupes se situaient tant dans l'impartition de services de support que du côté de la prestation de services (cliniques privées affiliées) et de la gestion. Dans la grande majorité des cas, on a pris soin de souligner que les normes et standards souhaités devraient être clairement

établis par les régies régionales et que le processus devrait se faire selon un mécanisme d'appel d'offres public. De plus, on a attiré l'attention de la Commission sur le fait que pour les systèmes d'information et de communication, la contribution du secteur privé semble de plus en plus incontournable.

DES OPTIONS TRÈS CONTESTÉES

Quoique la Commission ait entendu au moins un groupe en faveur de chacune des hypothèses de solution ci-dessous, une importante majorité s'est clairement opposée à celles-ci. Ainsi, exiger une contribution financière des usagers pour obtenir un service de santé, sous la forme d'un ticket modérateur ou autres, ne représenterait pas une voie à privilégier. De la même façon, envisager une hausse des impôts qui permettrait de faire face à l'augmentation des dépenses de santé et de services sociaux n'apparaît pas acceptable dans le contexte actuel. L'hypothèse de la « désassurance » de services serait également à exclure des solutions à envisager, bien que, comme nous l'avons déjà mentionné dans la section traitant du panier de services, une réflexion s'impose sur ce sujet. Mentionnons toutefois que l'assurance collective obligatoire a été préconisée comme alternative à la « désassurance » pure et simple par le milieu des assureurs. Enfin, l'idée d'offrir des services chirurgicaux, comme des pontages, à des non résidents, même si elle a été appuyée par un certain nombre de groupes demeure controversée.

DES IDÉES À EXPLORER

À l'instar de certains pays européens, la création d'une caisse spéciale pour une clientèle cible (ex. : personnes âgées) ou une problématique spécifique (ex. : perte d'autonomie) a suscité plus de questions que d'opinions de la part des groupes. Comment cette caisse fonctionnerait-elle ? Comment serait-elle financée ? Serait-ce une caisse à capitalisation ou une caisse sous la forme « pay as you go » ? À quels besoins spécifiques répondrait-elle ?

Quelques groupes se sont toutefois prononcés en faveur d'un fonds spécifique à la santé qui regrouperait toutes les sommes publiques consacrées aux services de santé et aux services sociaux. Ce fonds assurerait ainsi une plus grande indépendance de ces dépenses publiques dans le total des dépenses gouvernementales, de même qu'une meilleure transparence de leur utilisation. Enfin, ce moyen contribuerait à conscientiser la population sur les coûts globaux de la santé et des services sociaux.

LES ÉQUIPEMENTS, LES IMMOBILISATIONS ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION

Le parc technologique et immobilier des établissements mérite une attention particulière et soutenue. Les groupes ont suggéré l'élaboration d'au moins deux programmes structurés : l'un portant spécifiquement sur le renouvellement des équipements et le second sur l'entretien des immobilisations.

Dans le même ordre d'idées, le financement et le déploiement des technologies de l'information et des communications représentent également un défi de taille pour tous les acteurs du système et exigent un plan d'affaires gouvernemental. Ainsi, pour éviter un développement anarchique de ces outils, plusieurs ont souhaité qu'une instance stratégique élabore un plan de développement des systèmes de gestion de l'information dans un réseau intégré de services. Cette instance devrait également dessiner l'architecture de l'importante infrastructure de communication entre tous les acteurs.

LA GOUVERNE

Au plan de la gouverne du système, plusieurs idées ont été émises. Un élément semble toutefois faire consensus : la clarification du rôle et des responsabilités des différents paliers de gouverne est non seulement exigée mais doit être redéfinie de façon à faciliter la mise en place de réseaux de services et à éviter le dédoublement.

Au plan local

L'idée d'une autorité unique par territoire (celui de la MRC par exemple) est déjà en application dans quelques régions du Québec. L'expérience semble démontrer qu'après une certaine période d'ajustement parfois difficile, il existe là un potentiel intéressant permettant d'atteindre les objectifs visés. Dans les régions urbaines, les idées proposées sont plus variées et moins articulées.

Les établissements ou les autorités territoriales devraient être gérés en fonction de résultats attendus clairement définis, et ce, en échange de leviers et d'une marge de manœuvre leur permettant d'agir. Certains ont suggéré par exemple que les hôpitaux pourraient disposer des enveloppes de rémunération de leurs médecins.

Au plan régional

Doit-on conserver une instance régionale dans la structure de fonctionnement du système? Doit-on diminuer le nombre de régies régionale ? Doit-on abolir les conseils d'administration des établissements pour ne conserver qu'une autorité régionale, un peu à l'exemple de l'Alberta ? Doit-on transformer les régies régionales en directions régionales du Ministère ? Toutes ces options ont été défendues par l'un ou l'autre des groupes qui se sont présentés aux audiences de la Commission.

Une constante semble émerger de l'ensemble : quelle que soit la formule envisagée, le niveau de pouvoir qui lui serait confié ou le découpage territorial imposé, une instance régionale apparaît incontournable dans la réalité québécoise. Pratiquement aucun groupe ne conçoit un système sans coordination régionale. L'idée d'un renforcement de la décentralisation, accompagnée d'une clarification de l'imputabilité, a été amenée par certains organismes dont les régies régionales de la santé et des services sociaux. À titre d'exemple, la régionalisation des enveloppes de la Régie de l'assurance maladie du Québec témoignerait à la fois d'une plus grande décentralisation du système et apparaît, selon certains, comme un levier intéressant permettant de solutionner le problème de recrutement de médecins dans plusieurs régions.

Pour clarifier l'imputabilité des instances régionales, certains ont proposé que les membres soient nommés par le ou la ministre de la Santé et des Services sociaux. D'autres ont fait valoir qu'il fallait absolument que des élus, représentant les citoyens, siègent sur ces instances. Enfin, on a aussi entendu la suggestion que les membres soient nommés à partir d'une liste de noms suggérée par certains groupes représentatifs.

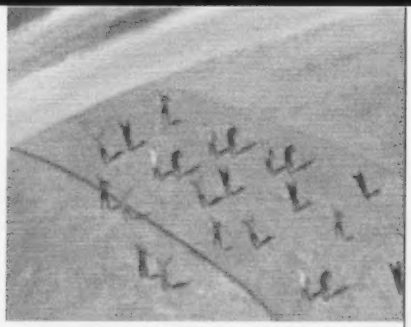
Tout comme les établissements, on a proposé que ces instances répondent à des objectifs précis formulés sous la forme de résultats à atteindre, et ce, suite à une clarification de leurs responsabilités et de leur imputabilité.

Au plan provincial

Plusieurs groupes qui se sont exprimés sur la question ont fait valoir qu'il fallait « sortir la politique de la gestion ». Selon ces derniers, trop de décisions dans notre système sont prises à partir de pressions politiques plutôt qu'en fonction de l'intérêt général et du bon fonctionnement du système. De plus, trop d'intervenants s'adressent directement au ministère pour régler des problèmes qui relèvent du niveau local ou régional. Enfin, il ne devrait pas être habituel, dans notre système démocratique, que les dossiers des patients aboutissent à l'Assemblée nationale dans l'espoir que cela puisse en accélérer le traitement.

De l'avis général, il faut que le Ministère définisse les grandes orientations du système, les traduise en politiques, établisse les standards et évalue les résultats. La mise en œuvre et l'implantation doivent être confiées à des instances régionales qui doivent rendre compte des résultats obtenus.

Pour « dépolitiser » le système de santé et de services sociaux et pour en alléger son fonctionnement, certains groupes ont mis de l'avant l'idée de la création d'une régie ou agence nationale de la santé ou encore d'une société d'État. Celle-ci devrait disposer de toute la confiance et des leviers nécessaires pour gérer la mise en œuvre des politiques gouvernementales en matière de santé, alors que le Ministère pourrait se consacrer entièrement aux grandes fonctions de gouverne reconnues dans un État moderne.



PARTIE II
2

LES CONSULTATIONS AUPRÈS DE LA POPULATION ET DES GROUPES DANS CHAQUE RÉGION DU QUÉBEC

La Commission a délégué aux régies régionales de la santé et des services sociaux le mandat de consulter la population et les groupes de leur territoire sur les deux thèmes étudiés par la Commission : l'organisation des services et le financement du système.

Le 13 octobre 2000, les présidents et directeurs généraux des régies régionales, par le biais de la Conférence des régies régionales, présentaient à la Commission une synthèse des consultations effectuées dans leur région. Cette synthèse est reproduite intégralement dans les pages suivantes.

La Commission tient à remercier tout spécialement les nombreuses personnes qui, dans chaque région du Québec, ont contribué à la réussite de ces activités, permettant ainsi à des milliers de citoyens d'exprimer leur opinion quant à l'amélioration des services de santé et des services sociaux.

Rappelons que 550 mémoires ont été déposés auprès des régies régionales et 6000 citoyens ont participé à l'une ou l'autre des activités de consultation organisées partout au Québec.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 268

SECTION 1 : Aperçu quantitatif et qualitatif de la consultation 270

SECTION 2 : L'organisation des services 271

Des constantes qui transcendent toutes les options d'organisation de services 271

L'organisation territoriale des services sous autorité unique 272

L'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale 273

La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers 275

La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe 275

Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne 276

Le dossier clinique informatisé par patient 277

La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées 278

Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats 280

La participation du secteur privé et du secteur communautaire 280

À PROPOS DE LA PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ 281

À PROPOS DE LA PARTICIPATION DU SECTEUR COMMUNAUTAIRE 281

L'impartition des services de support et de soutien 283

SECTION 3 : Le financement des services 284

Des constantes qui transcendent toutes les options de financement 284

La désassurance de services 284

L'augmentation des impôts 285

La contribution des usagers 287

La création de caisses spéciales 287

La vente de services aux non-résidents 288

Les modes de distribution budgétaire 289

SECTION 4 : La gouvernance 290

SECTION 5 : Les compléments d'information 291

L'organisation territoriale des services sous autorité unique 291

À PROPOS DE L'AUTORITÉ LOCALE 291

À PROPOS DE L'AUTORITÉ RÉGIONALE 293

Les services sociaux 294

Les ressources humaines 296

INTRODUCTION

Le 13 octobre 2000, la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec présentait à la Commission d'étude une synthèse des consultations régionales tenues par seize régies au cours des semaines précédentes. Aujourd'hui, nous vous soumettons avec plaisir le présent document qui, en plus de reprendre de façon plus détaillée les éléments énoncés lors de l'audience, fournit les compléments d'information demandés par la Commission.

Ce document se divise en cinq sections. Les trois premières se conforment au « Plan de rédaction du rapport des consultations régionales » soumis par la Commission aux régies régionales. Ainsi, les aspects quantitatifs et qualitatifs de la consultation sont abordés dans la première section. Par la suite, nous abordons les questions relatives à l'organisation des services et présentons, pour chaque option, les opinions majoritaires, les conditions de succès, les réserves énoncées et les autres propositions recueillies. La troisième section évoque de la même façon les propos relatifs au financement des services.

Nous tenons à vous préciser que de très larges consensus se dégagent à travers toutes les options portant sur l'organisation et le financement des services. Afin de ne pas alourdir le texte, nous avons choisi de ne pas répéter ces propos à chacune des options. Nous vous les présentons plutôt en encadré au début de chacune de ces deux sections, de manière à bien mettre en évidence ces tendances fortes.

Les deux dernières sections sont présentées différemment car elles ne faisaient pas l'objet d'options ou de questions précises de la part de la Commission. Ainsi, la quatrième section résume les propos relatifs à la gouvernance du réseau et nous vous y présentons les grandes constantes en caractères gras. La cinquième section répond aux demandes d'information complémentaires formulées par les commissaires lors de l'audience du 13 octobre au regard de l'autorité territoriale unique, des services sociaux et des ressources humaines.

Rappelons que la rédaction de la présente synthèse a été faite à partir des rapports rédigés par les seize régies régionales[1] qui ont tenu des audiences à savoir les régies régionales :

1 La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil régional de la santé et des services sociaux des Terre-Cri-de-la-Baie-James n'ont pas mené de consultations spécifiques dans le cadre de la présente consultation. Ces deux organisations sont présentement engagées dans d'autres types de consultations qui incluent l'étude des services de santé et des services sociaux dispensés dans leurs territoires respectifs dans la perspective de la création d'une administration politique territoriale.

- du Bas-St-Laurent
- du Saguenay-Lac-St-Jean
- de Québec
- de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- de l'Estrie
- de Montréal-Centre
- de l'Outaouais
- de l'Abitibi-Témiscamingue
- de la Côte-Nord
- du Nord-du-Québec
- de la Gaspésie et des Iles-de-la-Madeleine
- de Chaudière-Appalaches
- de Laval
- de Lanaudière
- des Laurentides
- de la Montérégie.

Ces rapports contenaient une quantité impressionnante d'informations. Notre défi consistait à en faire un résumé qui met en lumière les convergences les plus fortes sans pour autant réduire l'importance des propos. Nous avons choisi, pour faire écho à la variété des propositions émises, de noter également d'autres idées proposées qui, sans avoir été formulées systématiquement dans toutes les régions, ont été évoquées à quelques reprises.

En s'appuyant sur leur expérience acquise au fil des ans et en misant sur une variété de moyens pour échanger avec les citoyens et les groupes organisés de leur territoire, les régies régionales se sont acquittées de leur mandat de consultation. Les pages qui suivent sont le fidèle portrait des préoccupations et pistes de solutions énoncées par les personnes qui se sont exprimées lors des consultations régionales.

Le vice-président exécutif

Paulin Dumas

SECTION 1 : Aperçu quantitatif et qualitatif de la consultation

Entre le moment où elles ont reçu le mandat de mener des consultations régionales, le 20 juin 2000, et le dépôt de leur rapport, le 13 octobre 2000, les régies régionales ont élaboré des campagnes d'information et de promotion pour faire connaître la démarche qui s'enclenchait à la demande de la Commission d'étude. Lettres d'invitation, annonces dans les médias régionaux, documents d'information, entrevues d'affaires publiques, conférences de presse et site internet ne sont que quelques-uns des moyens utilisés par l'une ou l'autre des régies régionales pour susciter la participation des citoyens et des groupes de leurs territoires.

Chaque régie régionale a constitué un comité d'auditeurs spécialement formé pour tenir des audiences sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux. Dans les seize régions du Québec, des audiences publiques ont eu lieu et, dans la majorité des régions, d'autres moyens ont été utilisés pour permettre l'expression d'opinions : forums de discussion locaux et régionaux, « focus groups », tables rondes, rencontres d'experts, sondages, courrier électronique, boîtes vocales, télécopieur, pour ne nommer que ceux-là. La diversité des moyens utilisés est attribuable à la nécessité d'adapter la démarche de consultation aux diverses réalités territoriales.

Au total, 556 mémoires ont été déposés lors des audiences régionales et plus de 6000 personnes ont participé à l'une ou l'autre des activités de consultations, soit à titre individuel ou à titre de représentant d'un groupe organisé.

La majorité des personnes ayant participé aux consultations régionales ont pris connaissance du guide d'animation préparé pour la consultation et l'ont jugé utile, malgré que des insatisfactions aient été exprimées au regard de l'ambiguïté de certaines options proposées. Une forte proportion de gens estiment que la vidéocassette n'apportait aucune valeur ajoutée.

La majorité des répondants sont totalement satisfaits de l'écoute qu'ils ont eue. De nombreuses opinions positives ont été émises quant à l'organisation, à l'animation et au déroulement des consultations. Des déceptions ont été exprimées face au peu de temps disponible pour se préparer à l'audience ou pour rédiger un mémoire. Le fait que la

période estivale ne soit pas une période propice pour entamer une telle démarche fut également évoqué. Certains ont eu le sentiment que les groupes d'intérêt ont occupé toute la place.

L'absence des services sociaux et des services aux jeunes dans la documentation de la Commission a été soulignée à plusieurs reprises. Des participants ont également affirmé que le système de santé québécois n'irait pas si mal que ça mais qu'il était temps de passer à l'action pour le maintenir en bon état. En ce sens, ils espèrent que cette consultation aura des suites.

Enfin, plusieurs participants auraient aimé une présence encore plus importante des commissaires lors des consultations régionales.

SECTION 2 : L'organisation des services

DES CONSTANTES QUI TRANSCENDENT TOUTES LES OPTIONS D'ORGANISATION DE SERVICES

Par rapport au premier objet de la consultation, onze grandes constantes se dégagent à travers le Québec. Nous faisons ressortir ces points de convergence en dehors du cadre de rédaction demandé par la Commission car ils transcendent les différentes options proposées et constituent le cœur du message livré par la population au regard de l'organisation des services.

Ces constantes sont :

1. **L'universalité et l'accessibilité des services doivent être préservées, sans demander de déboursés supplémentaires à l'usager ;**
2. **La mise en place d'un réseau de services de première ligne fort est prioritaire et il faudra le financer adéquatement ;**
3. **Il faut instaurer des mesures pour assurer la présence de médecins dans les territoires dépourvus ;**
4. **Il faut favoriser un accès aux services médicaux 24 heures par jour, sept jours par semaine, peu importe le lieu de résidence ;**

5. Une consolidation des activités de promotion-prévention et un financement adéquat de celles-ci sont unanimement demandés;
6. Un réel partenariat entre le réseau et les organismes communautaires doit être instauré ;
7. Un assouplissement des conditions de travail est nécessaire ;
8. Les pratiques professionnelles doivent être revues, principalement au regard du partage des rôles entre les différents types de profession, de l'augmentation du nombre d'actes délégués, de la présence d'infirmières cliniciennes et de l'ouverture aux pratiques alternatives ;
9. Les services sociaux doivent occuper toute la place qui leur revient, ils sont les grands oubliés de la Commission ;
10. Les aidantes naturelles doivent être soutenues ;
11. Des investissements doivent être consentis en télésanté.

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SERVICES SOUS AUTORITÉ UNIQUE

De façon générale, les personnes consultées pensent que la coordination territoriale des services de base constitue un modèle intéressant. Il fait l'objet d'un large consensus. Toutefois le concept d'autorité décisionnelle unique est quant à lui très partagé. La municipalité régionale de comté (MRC) est largement reconnue comme territoire de desserte de services de base. Une vision spécifique à Montréal doit toutefois être développée en raison de la mobilité des résidents et des clientèles de la périphérie.

Les CLSC apparaissent le plus souvent en tant qu'acteur central de la coordination des services de base, bien que des réserves soient apportées pour certains programmes tels que la déficience intellectuelle et la santé mentale.

Enfin, il est plusieurs fois fait mention qu'il ne faut pas tomber dans le panneau du « mur à mur ». Il faut prendre en compte les particularités régionales, ne pas faire table rase avec ce qui fonctionne bien et ne pas croire que tout est exportable.

Cependant, pour réussir une telle organisation, des normes ministérielles précisant la gamme des services de base doivent être élaborées. Les services de base doivent être consolidés et l'accès à ces services, 24 heures par jour et 7 jours par semaine, garanti. Il faut miser sur l'implantation de réseaux de services intégrés, établis sur la base des clientèles et sur une meilleure harmonisation des services entre les CLSC et les cabinets privés. De plus, un financement adéquat doit être versé aux services ambulatoires et au maintien à domicile. Enfin, des corridors de services entre les services de base et les services spécialisés doivent être développés.

Des réserves ont été émises relativement à la difficulté de dispenser certains services sur une base locale, faute de masse critique pour développer l'expertise. D'autres ont dit craindre qu'une éventuelle intégration de structures crée un alourdissement bureaucratique et éloigne la personne des services.

D'autres solutions ont été proposées telles que la desserte de services par territoire de centre hospitalier, la création de conseils d'administration dédiés à des clientèles spécifiques ou d'un seul conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) par territoire. Certains identifient le centre hospitalier comme autorité unique alors que d'autres émettent l'opinion que cette autorité doit être confiée à la régie régionale ou à son département régional de médecine générale (DRMG). Enfin, l'idée de constituer un réseau de premiers répondants dans chaque MRC a également été émise.

L'ORGANISATION DES SERVICES SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS SUR UNE BASE RÉGIONALE OU NATIONALE

De façon générale, les personnes et les organismes consultés ont retenu l'option d'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale avec quelques réserves exprimées plus loin. Capitaliser sur cette option permettrait d'améliorer le regroupement de masses critiques et de ressources.

Plusieurs ont indiqué que ce modèle est acceptable dans la mesure où sont établies des ententes formelles sur des corridors de services très solides entre la 1re et la 2e ligne d'une part, et entre la 2e et la 3e ligne d'autre part. Ils en font une condition incontournable. Une desserte interrégionale est préconisée pour certaines spécialités, là où les masses critiques nécessitent un regroupement de ressources et d'expertise. On assurerait ainsi un

accès le plus près possible des milieux de vie (à titre d'exemple, les programmes de radiothérapie et d'hémodialyse du centre hospitalier régional de Rimouski).

La télémédecine est évoquée très régulièrement comme un des moyens à privilégier pour rapprocher les spécialistes de la population, dans le milieu de vie.

Cependant, pour organiser les services spécialisés et surspécialisés, la définition du panier de services et la détermination des délais d'accès à ces services doivent être précisées par le Ministère. Pour rehausser la qualité des soins et des services, le regroupement de l'expertise et de la technologie est préconisé. Pour plusieurs, l'idée d'une budgétisation selon la clientèle desservie (l'argent suit le client) apparaît comme une condition de succès. Enfin, une bonne répartition des spécialités de base dans une région favoriserait la rétention des omnipraticiens.

Des réserves sont émises à l'effet de ne pas trop concentrer les spécialités dans les grands centres et il est admis qu'une mauvaise répartition des effectifs médicaux ne permet pas l'implantation d'un modèle régional. Plusieurs recommandent l'adoption d'une politique de subvention des frais de transport et d'hébergement.

D'autres solutions ont été proposées telles que la prise en charge des personnes hospitalisées par un intervenant pivot, le rapprochement du service de la clientèle (modèle Sainte-Justine), la création d'un département régional de médecine spécialisée et l'utilisation des infirmières cliniciennes et des techniciens en réadaptation. L'obligation d'être référé par les intervenants de la 1re ligne pour accéder à des services de 2e ligne a également été énoncée.

Certains suggèrent de bonifier la formation en médecine rurale ou en milieu isolé (médecine de famille, chirurgie mineure, anesthésie et obstétrique) et de favoriser l'acquisition de compétences nouvelles et adaptées aux besoins du milieu par la formation en cours d'exercice.

Une hiérarchisation des soins connue et acceptée des partenaires devrait permettre à chacun des niveaux d'assumer pleinement ses responsabilités. L'identification précise des soins et services de base, de niveau intermédiaire et de niveau ultraspécialisé, doit permettre d'orienter les ressources sans duplication inutile et de réduire la compétition entre les partenaires pour l'obtention des ressources. L'acceptation d'un principe de

hiérarchisation des soins entraîne aussi « l'obligation » pour chaque intervenant de se concentrer en priorité sur les soins et les services de son niveau.

LA GESTION ET LA PRODUCTION PRIVÉES DE SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS OU HOSPITALIERS

De façon générale, la notion de « privé » crée beaucoup de confusion. L'option est majoritairement rejetée car elle est associée à un système à deux vitesses et à un non-respect du principe d'universalité. Puisque les positions adoptées face à cette option réfèrent davantage à la participation du secteur privé (option 8 du volet organisation de services) ou à l'impartition des services (option 5 du volet financement), les propos recueillis à travers les rapports régionaux ont été colligés par la Conférence dans ces options (voir pages ci-après).

LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE ET FINANCIÈRE CONFIÉE À UNE ÉQUIPE

De façon générale, les personnes consultées se sont prononcées majoritairement en faveur d'une responsabilité clinique qui serait confiée à une équipe multidisciplinaire comprenant des médecins. Pour certains, cette équipe devrait être associée au CLSC, lequel deviendrait en quelque sorte le maître d'œuvre. D'autres préconisent plutôt une organisation basée sur les cabinets privés ou encore, basée sur des ententes de services entre cabinets privés et établissements.

Bon nombre de personnes et de groupes consultés ont spécifié que cette équipe ne devrait pas avoir de responsabilité financière. On ne voit pas la pertinence de confier une telle responsabilité à des cliniciens. Elle pourrait être la source de conflits, le professionnel risquant d'être coincé entre les impératifs cliniques et les impératifs financiers. La responsabilité financière devrait plutôt être confiée à une entité administrative.

Cependant, les gens sont d'avis que le fait de confier de telles responsabilités à une équipe exige une organisation territoriale sous autorité unique et un financement territorial. De plus, on estime que les équipes doivent être responsables, au-delà des services curatifs, des services préventifs et de la promotion de saines habitudes de vie.

Des réserves ont été émises à l'effet que cette solution ne devrait s'appliquer qu'à des clientèles spécifiques (personnes âgées en perte d'autonomie, soins palliatifs) et que sa mise en place exigerait une intégration des médecins de cabinets privés aux CLSC. D'autres ont souligné un risque de concentration du pouvoir entre les mains du médecin ou encore un risque d'alourdissement des soins attribuable au temps requis par le fonctionnement et la coordination d'une équipe multidisciplinaire. Certains craignent également que le fait de confier la responsabilité clinique et financière à une équipe risque de limiter le choix du patient quant au prestataire de services.

D'autres solutions ont été proposées, telles que la révision du partage des responsabilités entre les professionnels, l'augmentation du nombre d'actes délégués à des infirmières ou à d'autres professionnels et le recours à des infirmières cliniciennes dans les équipes multidisciplinaires.

LE MÉDECIN DE FAMILLE COORDONNATEUR DE L'ENSEMBLE DES SERVICES À LA PERSONNE

De façon générale, il y a deux tendances face à cette option. D'une part, dans les régions où des sondages ont été réalisés, la majorité des répondants ont affirmé être en accord avec cette option d'avoir un médecin de famille qui coordonne l'ensemble des services à la personne. D'autre part, les opinions recueillies auprès des groupes lors des consultations sont beaucoup plus mitigées. Parmi ces opinions, la plupart appuient l'idée d'un intervenant pivot mais sans toutefois privilégier l'idée d'un médecin coordonnateur, notamment en raison du manque de médecins pour couvrir tous les services. Certains suggèrent que ce rôle soit assumé par une infirmière alors que d'autres considèrent que le choix de l'intervenant pivot doit se faire cas par cas, au sein d'une équipe multidisciplinaire.

Enfin des groupes, notamment des représentants de médecins, considèrent cette avenue comme souhaitable en raison de la relation privilégiée qu'entretient le médecin de famille avec ses patients et de l'accès rapide qu'il a aux services de 2e et de 3e lignes.

Cependant, la nécessité d'assurer une disponibilité réelle des médecins sur tout le territoire a été évoquée à de multiples reprises et, pour plusieurs, le mode de rémunération des médecins doit être modifié pour assurer une telle disponibilité.

Des réserves ont été émises face à l'absence de formation des médecins pour s'occuper de problèmes sociaux. Le manque d'intérêt des médecins face à ces problèmes sociaux est également évoqué. Par ailleurs, cette option est parfois rejetée à cause des problèmes d'effectifs médicaux. D'autres personnes estiment qu'il est davantage profitable de confier la coordination à quelqu'un d'autre que le médecin, celui-ci étant parmi les ressources humaines les plus coûteuses, il devrait donc se consacrer à la production des services assurés plutôt qu'à des tâches administratives. Certains ont dit craindre que cette solution enlève le choix du patient quant à son prestataire de soins.

D'autres solutions ont été proposées telles que la révision des critères de sélection des étudiants en médecine pour faire en sorte qu'ils soient plus aptes au travail en équipe, qu'ils aient plus de leadership et d'habiletés de communication et l'utilisation d'infirmières cliniciennes, lesquelles pourraient assurer le rôle de coordonnateur.

LE DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ PAR PATIENT

De façon générale, une grande majorité des participants aux consultations affirment que le dossier clinique informatisé par patient constitue une solution intéressante, voire une nécessité, pour une meilleure coordination des services, une plus grande continuité, une meilleure intégration des pratiques, une amélioration de l'accessibilité et pour éviter les dédoublements.

Cependant, selon la grande majorité des participants, l'implantation d'un tel dossier clinique informatisé doit respecter les conditions suivantes :

- se doter de règles strictes en matière de confidentialité et de respect de la vie privée;
- se doter de mécanismes assurant la sécurité des systèmes;
- prévoir des niveaux d'accès au dossier afin que les divers types de professionnels n'aient accès qu'à l'information nécessaire à l'exercice de leurs fonctions;
- et finalement, faire en sorte que le patient demeure le maître d'œuvre de son dossier et qu'il puisse y avoir accès.

De plus, un niveau de financement adéquat est demandé pour supporter l'implantation d'une telle option. Le développement du dossier informatisé doit se faire dans la perspective de créer un système d'information qui permette la mesure de résultats pour des populations.

Des réserves ont été émises relativement au risque de stigmatisation lorsque le dossier contient des informations de nature psychosociale ou relativement au risque de transmission de l'information à d'autres ministères, à des employeurs, à des compagnies, etc. Certains craignent que le dossier informatisé devienne un instrument de contrôle de la consommation de services par patient et qu'il génère une forme de déshumanisation des soins. Enfin, quelques rares personnes ou groupes ont fait mention que le développement d'un tel dossier n'était pas prioritaire et que l'argent serait mieux investi dans les services à la clientèle.

LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS ADAPTÉE AUX RESPONSABILITÉS QUI LEUR SONT CONFIÉES

De façon générale, la majorité des participants considère qu'il faut revoir le mode de rémunération des médecins. On mentionne que le mode actuel de rémunération n'est plus adapté au contexte et aux exigences du travail actuel. Tous s'entendent pour dire que le mode de rémunération devrait les inciter à travailler davantage dans des secteurs d'activités prioritaires. Il devrait être adapté à la complexité des tâches et aux responsabilités confiées. Cependant, les secteurs ou activités jugés prioritaires sont très diversifiés: approche multidisciplinaire, travail de nuit, pratique en CLSC, pratique auprès de clientèles lourdes, travail à l'urgence, hospitalisation, actes préventifs, pratique en milieu rural. D'autres considèrent que la rémunération doit également viser des activités qui ne sont pas ou qui sont peu rémunérées actuellement, soit le développement de corridors de services, le travail de coordination, la participation aux plans de services individualisés, l'enseignement et la recherche.

Les modes de rémunération les plus fréquemment proposés sont le salariat ou la rémunération mixte (salaire et actes).

Dans toutes les régions, la question sur le mode de rémunération des médecins a amené des discussions autour des problèmes d'effectifs médicaux, le mode de rémunération ne favorisant pas, pour plusieurs, une répartition équitable des effectifs. Cette situation est abordée soit en termes de couverture de l'ensemble des régions ou encore en termes d'accès à certains services.

La solution de la régionalisation des budgets de la RAMQ est proposée par un bon nombre de personnes et de groupes. Pour plusieurs, cette enveloppe devrait être gérée

par la régie régionale en fonction de son plan d'effectifs médicaux. Ce plan d'effectifs obligerait les médecins à desservir la population là où elle se trouve. Certains souhaitent que la régie exerce un fort contrôle sur la pratique médicale. D'autres suggèrent plutôt que cette enveloppe budgétaire régionale soit répartie entre les autorités territoriales uniques ou encore allouée directement aux établissements, voire même, aux départements des établissements. Enfin, plusieurs considèrent que cette enveloppe régionale devrait être intégrée à la masse salariale globale.

Cependant, la révision du mode de rémunération ne doit pas nuire à la productivité des médecins. Il faut également jouer de prudence afin de ne pas accentuer l'exode des médecins à l'extérieur du Québec ni réduire leur qualité de vie.

Au regard du problème des effectifs médicaux, des participants proposent que des mesures coercitives soient utilisées pour assurer le respect des plans d'effectifs car ils considèrent que le statut de libre entrepreneur du médecin est incompatible avec les droits de la population. D'autres considèrent que le problème des effectifs médicaux n'est pas uniquement lié à une mauvaise répartition des médecins mais également à leur insuffisance en nombre.

D'autres solutions ont été proposées face au mode de rémunération. La capitation pourrait être utilisée en mode mixte avec une rémunération supplémentaire pour certains actes. Des primes pourraient être versées pour promouvoir la création de groupes sous-régionaux. Il est aussi proposé que certains actes puissent être posés par d'autres professionnels, et ce, à moindre coût.

Les autres solutions proposées face au problème des effectifs médicaux gravitent autour de la formation : augmentation du nombre d'admissions en médecine, réservation de places à des candidats provenant de régions éloignées, conditionnellement à ce qu'ils retournent vivre en région après leur formation, augmentation du nombre de stages extérieurs pour les étudiants en médecine, établissement de liens obligatoires entre les universités et les régions éloignées, possibilités de mises à jour à l'intention des médecins en exercice pour favoriser la pratique hospitalière. Enfin, l'adoption d'une loi spécifique obligeant les médecins à assurer les services prioritaires ou à obtenir un permis pour exercer à un endroit ou à un autre a également été proposée ainsi que l'obligation, pour les finissants en médecine, de s'installer en région ou de pratiquer au Québec pour une période donnée avant de quitter la province.

LE BUDGET DES ÉTABLISSEMENTS EN FONCTION DE LA POPULATION, DES SERVICES ET DES RÉSULTATS

De façon générale, la majorité des personnes estime qu'il est nécessaire de remplacer la budgétisation faite sur une base historique par une nouvelle formule qui tienne compte des caractéristiques sociosanitaires, socio-économiques et géographiques, formule plusieurs fois énoncée sous le vocable « l'argent suit le client ». Une majorité se dégage aussi en faveur d'une budgétisation globale et pluriannuelle. Quant aux modes d'affectation budgétaire, ils devraient garantir une répartition équitable des ressources, des plans d'effectifs médicaux, etc. Ces principes pourraient s'appliquer également aux organismes communautaires.

Cependant, des réserves sont émises face aux importantes réaffectations de ressources qu'entraînerait une révision en profondeur des modes de budgétisation. Selon plusieurs, il faut éviter le recours au simple « per capita ». Des distinctions entre les services de base, les services spécialisés et les services ultraspécialisés doivent être considérées dans la budgétisation.

D'autres solutions ont été proposées, telles que la budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, laquelle devrait être établie en fonction des clients desservis et de la qualité des résultats obtenus, et la budgétisation des CHU qui devrait être supportée au plan national.

LA PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ ET DU SECTEUR COMMUNAUTAIRE

De façon générale, cette option a soulevé de nombreuses questions lors des consultations régionales. La notion de « privé » n'a pas la même signification pour tout le monde : s'agit-il d'un service pour lequel l'usager doit débourser ? Ou d'une entreprise dont le financement est privé mais les services couverts par la RAMQ ? Doit-on distinguer : le privé à but lucratif, du privé à but non-lucratif, des entreprises d'économie sociales, des coopératives ? Le fait d'aborder dans une même option les secteurs privé et communautaire a généré de la confusion. Les rapports régionaux font état de deux grandes catégories de réponses : celles portant sur la participation du secteur privé et celles portant sur la participation du secteur communautaire.

À PROPOS DE LA PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ

De façon générale, et malgré la confusion dans la définition de « privé », un large consensus se dégage à l'effet que personne ne veut d'un système à deux vitesses. Partant de ce fait, il y a deux types de réponse : soit que l'option de la contribution du privé est bannie car elle est associée à une baisse de qualité, soit que certains se prononcent en accord pour une contribution du privé à l'intérieur de normes définies par l'État. Ces derniers optent surtout pour une participation du privé dans des domaines précis tels l'économie sociale, les ressources intermédiaires et les ressources d'hébergement pour les personnes âgées.

Cependant, ceux qui acceptent une contribution du secteur privé exigent que des mécanismes de contrôle de la qualité soient instaurés (ex. : accréditation, standards, etc.). À leurs yeux, le secteur public doit demeurer garant de la compétence du personnel et de la qualité des services rendus par le privé.

Des réserves sont émises relativement aux gains potentiels face à la qualité et à l'accessibilité des services privés ainsi qu'aux économies engendrées par la privatisation. Certains évoquent que des études prouvent que la privatisation entraîne une baisse de qualité et d'accessibilité, sans économies réelles.

D'autres solutions ont été proposées telles que l'exigence d'une contribution financière aux entreprises qui causent des maladies industrielles, le partenariat privé-public pour certains services (l'hébergement des personnes en convalescence par exemple) et pour la recherche et l'évaluation des technologies. D'autres proposent de créer des coopératives de travailleurs. Certains évoquent qu'avant de privatiser, il faut chercher des économies en ayant recours à des ressources moins coûteuses (ex. : avoir recours aux infirmières auxiliaires, réinvestir dans le programme chèque-emploi, etc.).

À PROPOS DE LA PARTICIPATION DU SECTEUR COMMUNAUTAIRE

De façon générale, un large consensus se dégage à l'effet qu'il faut soutenir le secteur communautaire. Sa contribution n'est pas remise en question. Un financement de base adéquat devrait être consenti à ce secteur d'activités afin de consolider ses bases. Un accroissement et une récurrence de l'engagement financier gouvernemental sont largement souhaités ainsi que l'amélioration des conditions salariales des professionnels

qui travaillent dans ce secteur (rattrapage et indexation). Une politique de reconnaissance des organismes communautaires est requise. Elle devrait reconnaître l'approche « milieu » préconisée par les organismes communautaires, affirmer leur autonomie, engager financièrement le Ministère, prévoir un investissement dans leur rôle en promotion-prévention, en se basant sur le fait qu'un investissement dans ce secteur génère des économies.

Ces conditions apparaissent préalables à l'instauration d'un réel partenariat entre le public et les organismes communautaires. Il est maintes fois énoncé que ces derniers ne sont pas des organismes du réseau ni des sous-traitants de celui-ci et n'ont pas à se substituer aux responsabilités étatiques.

Cependant, les opinions sont partagées relativement à la reddition de comptes des organismes communautaires. Certains estiment qu'il doit exister un mécanisme de reddition de comptes, ces organismes étant financés par le secteur public. D'autres se prononcent pour une reddition de comptes dans les seuls cas où il y a entente formelle entre le réseau et l'organisme pour la distribution de certains services. Certains rejettent toute forme de reddition de comptes pour le secteur communautaire.

Certaines réserves ont été émises au regard de la démarche d'élaboration de la Politique de reconnaissance du mouvement communautaire présentement en cours et celle de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Des liens doivent être établis entre les deux et il faut, dans les deux cas, préserver le caractère distinctif des organismes communautaires de celui du réseau public et des entreprises privées.

D'autres solutions ont été proposées, telles que l'arrêt des duplications de certaines activités des CLSC avec celles des organismes communautaires et l'adoption de mesures visant à freiner le clivage financier entre le public et le communautaire. En santé mentale, il est souhaité que les groupes communautaires soient reconnus comme étant des lieux d'appartenance pour la personne. Il faut confier à ces groupes le mandat de la réinsertion sociale de cette clientèle. Pour ce qui est des organismes œuvrant auprès des enfants, des alliances entre ceux-ci, les centres de la petite enfance et le réseau de l'éducation sont souhaitées.

L'IMPARTITION DES SERVICES DE SUPPORT ET DE SOUTIEN

De façon générale, les opinions concernant l'impartition sont divisées en deux groupes : celles favorables et celles défavorables.

Les personnes ou les groupes qui ouvrent la porte à une certaine forme d'impartition la prévoient pour des secteurs précis et énoncent des préoccupations teintées de prudence, préoccupations qui rejoignent certains arguments des personnes s'opposant à l'impartition. Ces préoccupations sont à l'effet de s'assurer que l'administration publique demeure le gardien du contrôle de la qualité, de la gratuité pour le client et de l'évolution des coûts, que l'impartition ne doit viser que des services accessoires (buanderie, entretien et laboratoire) et qu'il faut éviter l'impartition pour les services alimentaires, particulièrement en hébergement. De plus, des mécanismes devraient permettre de favoriser l'impartition dans le secteur public avant le secteur privé et de privilégier l'octroi de postes aux sécuritaires du secteur public chez le producteur de services. L'introduction d'une juste compétitivité entre le secteur public et le secteur privé est souhaitée. Enfin, les économies générées par l'impartition sont perçues comme étant marginales.

À l'opposé, ceux qui sont contre le concept de l'impartition évoquent que celle-ci a pour effet de réduire les conditions de travail des employés, de permettre à des entreprises privées de faire des profits au détriment de la collectivité, de diminuer la qualité des services, notamment les repas en hébergement, et de rendre plus difficile le contrôle de l'évolution des coûts. Il est également énoncé que l'impartition ne tient pas compte de l'interdépendance entre les services de soutien et les services de santé, laquelle est nécessaire pour la qualité globale des services. Enfin, on estime que l'impartition provoque une situation de précarité d'emploi pour les femmes, morcelle les interventions et risque d'engendrer des situations de monopole.

SECTION 3 :
Le financement des services

DES CONSTANTES QUI TRANSCENDENT TOUTES LES OPTIONS DE FINANCEMENT

Par rapport au deuxième objet de la consultation, six grandes constantes se dégagent à travers le Québec. Nous faisons ressortir ces points de convergence en dehors du cadre de rédaction demandé par la Commission car ils transcendent les différentes options proposées et constituent le cœur du message livré par la population au regard du financement des services.

Ces constantes sont :

1. **Les personnes consultées s'opposent aux options qui auraient pour effet soit de réduire le panier de services, d'augmenter les impôts, de demander une contribution aux usagers, de créer des caisses spéciales ou de permettre la vente de services aux non-résidents.**
2. **L'utilisation des médicaments génériques pourrait réduire les coûts du système.**
3. **Un réinvestissement massif doit être fait dans les domaines de la promotion et de la prévention.**
4. **Une réforme de la fiscalité est proposée, notamment pour les personnes à revenus élevés et les entreprises (particulièrement celles dont les activités sont néfastes pour la santé).**
5. **Il faut faire connaître aux usagers les coûts des services qu'ils reçoivent.**
6. **Un réinvestissement dans la lutte à la pauvreté est nécessaire.**

LA DÉSASSURANCE DE SERVICES

De façon générale, pour la très grande majorité des personnes consultées, les soins et les services doivent demeurer universels et accessibles à tous. Certains vont même plus loin en étendant le principe d'universalité et d'accessibilité pour tous les services, sans exception. On se questionne sur la rentabilité de la non assurance et de la désassurance et on pense aux effets négatifs d'un tel choix sur les personnes les plus démunies (ex. :

les citoyens à faible revenu, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale). On pense aussi que la désassurance serait inéquitable pour les personnes âgées qui ont déjà beaucoup contribué financièrement.

De l'avis de la majorité, la désassurance ouvre la porte à un transfert de financement public vers un financement privé, à un système à deux vitesses et à un effritement de la solidarité sociale. D'autres encore sont d'avis que le virage ambulatoire est déjà une forme de désassurance (ex. : coûts des appareils de soins de santé à domicile). D'autres enfin rappellent la difficulté de déterminer ce qui est médicalement requis. Enfin, les personnes consultées insistent sur le fait que si le Québec se dirigeait vers la désassurance des services, un débat public devrait se tenir sur cette question spécifique.

Cependant, certaines personnes évoquent la possibilité de réduire les coûts du système autrement qu'en désassurant les services. Il est proposé de procéder à des études sur le prix des médicaments, sur leur mode de financement et sur leur utilisation à la lueur des nouvelles technologies, de responsabiliser les individus quant aux coûts de la santé ou de faire en sorte que les praticiens ne soient pas excessifs dans leurs prescriptions.

De façon marginale, l'idée de désassurer des services a été acceptée, particulièrement au regard des services en esthétique, des services de nature administrative (ex. : examen pré-emploi) ou de certains services offerts en CHSLD et pour lesquels la couverture d'assurance serait reliée à la capacité de payer de chacun. Enfin, l'idée de régionaliser l'offre de services pour l'adapter aux besoins de la population a été émise.

D'autres solutions ont été émises et, parmi celles-ci, plusieurs vont à l'encontre de l'option de la désassurance. Ainsi, certains souhaitent l'élargissement de la couverture à des soins « alternatifs », la réintégration des soins dentaires, d'optométrie et d'orthèses-prothèses dans les services assurés, l'assurance des services de promotion et de prévention et la distribution gratuite des médicaments aux plus démunis.

L'AUGMENTATION DES IMPÔTS

De façon générale, les personnes qui se sont exprimées se sentent suffisamment taxées et sont opposées à cette option. Cette idée d'augmentation des impôts fait réagir le citoyen et les groupes qui le représentent. Soulever cette question, c'est amorcer le débat sur l'utilisation judicieuse des ressources dont dispose déjà le gouvernement, sur la

priorité qu'il accorde au chapitre des services de santé et des services sociaux et, conséquemment, des sommes qu'il y affecte. À ce sujet, certains s'interrogent sur le resserrement éventuel de la mission de l'État en fonction de priorités, tels les services de santé et les services sociaux.

Cependant, avant de procéder à une augmentation des impôts, certains émettent l'opinion que des économies sont encore possibles dans le réseau, particulièrement dans des assouplissements de la bureaucratie et peut-être même dans la recherche d'une plus grande pertinence des actes posés. À partir de là, différents commentaires ont été entendus tels que :

- la révision de la fiscalité pour les personnes à revenu élevé et les entreprises, tout particulièrement celles qui ont un impact négatif sur la santé de la population;
- la participation financière de l'industrie pharmaceutique au financement du régime d'assurance-médicaments;
- la création de taxes sur les biens de luxe;
- des crédits d'impôts aux personnes bénévoles de même qu'aux entreprises qui accepteraient de contribuer de différentes façons au système de santé.

Il est important de souligner que plusieurs personnes pensent que les ententes récentes entre le gouvernement fédéral et les provinces permettront de régler la problématique de financement du système de santé. L'idée de verser les impôts dans un fonds affecté uniquement à la santé est quelquefois évoquée.

D'autres solutions sont soumises telles qu'un impôt spécial pour les compagnies pharmaceutiques afin de financer le régime d'assurance-médicaments, des crédits d'impôts aux petites entreprises qui souhaitent participer à la création de régimes d'assurance-santé pour leurs employés, des crédits d'impôts pour les travailleurs bénévoles qui contribuent à l'amélioration des services du réseau, la création d'une taxe sur les produits de luxe et sur les transactions boursières ou d'une taxe santé sur les biens de consommation affectant la santé des citoyens (tabac, alcool) et le recours aux médicaments génériques. Enfin, les quelques personnes ou groupes qui n'écartent pas la possibilité d'une augmentation des impôts suggèrent que les sommes perçues ne soient plus versées au fonds consolidé mais plutôt dans un fonds spécial pour les services de la santé et les services sociaux.

LA CONTRIBUTION DES USAGERS

De façon générale, cette option est, elle aussi, rejetée. Majoritairement les personnes rencontrées pensent que cette option pourrait avoir des conséquences directes sur l'accessibilité aux services et irait à l'encontre du principe d'universalité. Cette mesure est perçue comme un ticket modérateur déguisé. Mais les citoyens sont intéressés à connaître les coûts liés aux services qu'ils reçoivent. Ces informations pourraient permettre une plus grande sensibilisation au fait que, finalement, ce sont eux qui paient et que ces services ont un coût même s'il est assumé par le financement public. Nombreux sont ceux qui préconisent l'envoi « d'état de comptes » aux usagers. Les personnes rencontrées pensent que cette sensibilisation pourrait produire de plus grands effets que les tickets modérateurs ou la contribution directe des usagers qui, au risque de le répéter, créerait une barrière à l'accès. Tous s'entendent pour dire qu'une telle mesure, si elle était appliquée, ne devrait pas pénaliser les moins nantis.

Cependant, plutôt que de parler de contribution, certains suggèrent que la carte d'assurance-maladie fonctionne dorénavant comme une carte de crédit ou une carte de débit, permettant ainsi au citoyen de connaître sa contribution. Lorsqu'il est évoqué, ce moyen vise également à mieux contrôler les coûts reliés à l'acte du médecin.

Dans cette discussion, quelques-uns reconnaissent que le ticket modérateur peut produire un effet régulateur sur la consommation de services mais il n'y a pas de convergence sur la façon d'appliquer un tel ticket. Doit-il porter sur les services d'hôtellerie ? sur les repas ? s'appliquer selon le revenu de la personne ? s'appliquer selon le nombre de visites au médecin ? selon le comportement préventif de la personne à l'égard de sa santé ? etc.

D'autres solutions ont été proposées telles qu'une contribution selon certains critères (ex. : revenu, fréquence d'utilisation des services, etc.) ou une limitation à des frais ciblés (ex. : ouverture d'un dossier à l'urgence, frais d'hébergement et d'hôtellerie).

LA CRÉATION DE CAISSES SPÉCIALES

De façon générale, l'ambiguïté ou la méconnaissance du concept ne favorisent pas l'adhésion des personnes à cette option. Il est difficile pour la majorité des personnes de se prononcer sur un tel concept en raison du manque d'information et de la complexité

du sujet. Plusieurs personnes y voient une façon détournée d'augmenter la contribution du citoyen en ajoutant une autre source de revenus. Les expériences de la caisse de l'assurance-emploi, particulièrement au regard de l'utilisation de ses surplus, de même que celle de l'assurance- automobile et les récentes hausses de cotisation au nouveau régime d'assurance-médicaments génèrent beaucoup de doutes lorsqu'on propose de nouvelles caisses. Les personnes rencontrées ont de la difficulté à composer avec toute option qui laisse entrevoir une possible contribution additionnelle des personnes et même des usagers.

Cependant, les personnes qui acceptent d'examiner la possibilité de créer des caisses spéciales ont pour prémisse que cette option ne constitue pas une hausse déguisée du fardeau fiscal ni un pas vers un système à deux vitesses. Partant de là, il est proposé que la gestion de telles caisses ne relève pas de l'État, afin d'éviter une utilisation des surplus à d'autres fins que celles visées par la création de ces caisses. Leur fonctionnement devrait se faire à partir du régime fiscal afin de créer des incitatifs pour les citoyens, tels des crédits d'impôts. L'utilisation de ce type de solution devrait également permettre au citoyen d'être mieux informé des coûts réels des services.

Cependant, certaines personnes font remarquer qu'avant de procéder à la mise en place de cette option, le fonctionnement optimal du réseau de services doit être assuré. D'autres évoquent l'idée que de telles caisses pourraient être une manière de compléter le panier de services assurés (ex. : les soins infirmiers à domicile) ou de connaître sa contribution financière et d'évaluer la qualité, l'accessibilité, la continuité et la cohérence des services.

D'autres solutions ont été proposées telles, que la création d'un fonds sociosanitaire à partir des surplus d'autres fonds gouvernementaux (ex. : CSST, SAAQ, Loto-Québec), la création d'une caisse par le biais d'une participation des régimes d'assurance privée et la création d'une loterie de la santé.

LA VENTE DE SERVICES AUX NON-RÉSIDENTS

De façon générale, compte tenu des problèmes actuels d'accessibilité aux services, la majorité des personnes sont sceptiques face à la faisabilité ou à la rentabilité de cette option. On craint que les Québécois soient pénalisés par ce type de mesure. Les gens des régions sont particulièrement sensibles au fait de développer, parfois au détriment des services en

région, des services ultra-spécialisés dans les grands centres. On reconnaît cependant le caractère incitatif que cette option pourrait avoir sur la rétention des médecins spécialistes de même que l'impact que cela pourrait avoir sur l'expertise médicale au Québec.

Cependant, certains se disent en faveur d'essais via des projets pilotes dans la mesure où l'accessibilité est préservée pour les contribuables québécois. Ceci permettrait d'établir le niveau de rentabilité de cette option qui, si elle était retenue, nécessiterait une surveillance étroite et une modification du cadre législatif.

LES MODES DE DISTRIBUTION BUDGÉTAIRE

De façon générale, les personnes consultées souhaitent une révision des modes de distribution budgétaire afin de diminuer les coûts, d'augmenter l'efficience, l'équité et la productivité du système. Les enveloppes budgétaires à allouer aux dispensateurs de services devraient inclure les crédits du MSSS, les honoraires de la RAMQ, l'assurance-médicaments et les autres crédits (ex. : équipements, immobilisations) permettant l'organisation en réseau de services. Ces enveloppes devraient être confiées à une autorité régionale responsable de l'allocation.

Cependant, pour porter fruits, la révision des modes de distribution budgétaire doit essentiellement reposer sur une clarification des responsabilités, des pouvoirs et de l'imputabilité de chacun des paliers présents dans le réseau. De plus, la distribution des ressources financières doit compter sur un pouvoir accru des régies régionales en matière d'allocation des ressources et une plus grande latitude des établissements dans l'utilisation de celles-ci afin de répondre aux besoins de leur clientèle. On ne doit donc plus fonctionner à partir d'enveloppes dédiées mais plutôt à partir d'enveloppes globales pluriannuelles, lesquelles incluent également les volets promotion-prévention.

D'autres solutions ont été émises afin d'augmenter les sources de revenus telles que l'obligation fiscale pour les entreprises subventionnées de retourner une partie de leurs bénéfices nets au gouvernement pour la santé et les services sociaux et l'augmentation de la contribution des régimes privés d'assurances collectives. D'autres solutions visent davantage la réduction des coûts telles que le réinvestissement en promotion-prévention et dans la lutte à la pauvreté, l'utilisation de médicaments génériques, l'information aux citoyens sur les coûts des services et l'établissement d'un système de contrôle de la pertinence des services pour éviter les abus.

SECTION 4 : La gouvernance

La consultation de la Commission portant sur deux sujets, l'organisation et le financement des services, la gouvernance n'a pas fait l'objet d'un questionnement aussi précis auprès de la population et des organismes. Même si certaines options pouvaient référer à la gouvernance, le débat sur ce sujet n'a pas été abordé de la même façon dans l'ensemble des régions. C'est à la lecture de l'ensemble des résultats de la consultation que l'on peut dégager des opinions face à la gouvernance.

Le sujet est abordé de deux façons, soit par le mode de gouvernance, soit par la répartition des responsabilités entre les différents paliers de décisions du système de santé et de services sociaux.

De façon générale, la majorité des gens qui s'expriment sur le sujet demandent que l'on poursuive dans la voie de la décentralisation et de la régionalisation. Le renforcement de la décentralisation est souvent exprimé. Cette idée de renforcement se manifeste par des recommandations relatives à une instance régionale détenant les leviers, telle l'allocation de ressources et même les budgets de la RAMQ, pour être davantage imputable des résultats d'organisation de services reliés à l'accessibilité, la continuité et la complémentarité. Le maintien des trois paliers décisionnels fait l'objet d'un large consensus.

Tous reconnaissent qu'il sera nécessaire de clarifier le niveau de responsabilités et d'imputabilité de chacun des trois paliers. À cet égard, des éléments majeurs de convergence se dégagent à l'effet que le ministère doit avoir la responsabilité d'orienter, de définir le panier de services et les critères de performance du réseau de services. Certains mentionnent que le ministère ne doit pas s'impliquer dans les opérations et la gestion courante. Au regard du palier intermédiaire, une convergence se dégage à l'effet de confier aux régies régionales des fonctions de planification, d'organisation, d'allocation de ressources, de gestion des effectifs médicaux et, pour ce faire, leur permettre de bénéficier d'une marge de manœuvre et des leviers nécessaires pour être en mesure de répondre à des résultats d'accessibilité, de continuité et de complémentarité des soins et services. Les établissements quant à eux doivent répondre de l'organisation et de la distribution des services à une population donnée et bénéficier des leviers et de la marge de manœuvre nécessaires à l'atteinte des objectifs de résultat.

D'autres solutions ont été émises telles que la révision du nombre de régies et de leur grosseur, l'implication plus grande des municipalités relativement à la gestion des services de base et la mise en place d'une société d'état pour assurer la gestion de l'ensemble du système.

SECTION 5 : Les compléments d'information

Lors de la présentation de la synthèse des consultations régionales à la Commission, les commissaires ont demandé à la Conférence des régies régionales de détailler davantage la synthèse faite au regard de l'option portant sur l'organisation territoriale des services sous une autorité unique. Il fut également demandé de recenser, à travers les seize rapports régionaux, les positions et solutions énoncées au regard des services sociaux et des ressources humaines. Vous trouverez ci-après ces compléments d'information.

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SERVICES SOUS AUTORITÉ UNIQUE

De façon générale, une majorité de personnes et organismes se prononcent en faveur d'une autorité territoriale unique s'articulant autour du CLSC. La minorité qui s'y oppose estime que le maintien de conseils d'administration dédiés à des clientèles spécifiques, par exemple déficience intellectuelle et santé mentale, est garant de la spécificité même des services à ces clientèles.

Par ailleurs, la notion d'autorité unique a amené les discussions à porter tant sur l'autorité locale que sur l'autorité régionale, l'abolition de cette dernière n'ayant été évoquée que dans une très faible proportion. Nous avons donc regroupé les propos par niveau : local et régional.

À PROPOS DE L'AUTORITÉ LOCALE

De façon générale, ceux qui favorisent une autorité locale de services estiment que ce modèle d'organisation devrait permettre d'éliminer un certain nombre d'administrateurs, d'éviter les dédoublements de services et les pertes d'énergie et de réaliser des économies

financières. L'argent serait ainsi utilisé pour l'usager et non pour la gestion et les dédoublements. Aux yeux de plusieurs, cette formule permet d'adapter les services en fonction des particularités des clientèles, de responsabiliser les acteurs face aux besoins de leur population, de simplifier considérablement les interfaces avec la population et les partenaires et, finalement, de favoriser une meilleure intégration avec les ressources du milieu, incluant celles des cabinets privés de médecine.

Cependant, l'implantation de ce modèle ne doit pas se limiter au niveau des structures et encore moins engendrer la création d'une nouvelle superstructure. Elle doit porter surtout sur les services, prendre en compte la densité de population à desservir et passer par la mise en place de réseaux de services, établis sur la base des clientèles. Une simple intégration des structures conduit invariablement à un alourdissement de la bureaucratie et n'a aucun effet ni sur l'accessibilité ni sur la qualité des services à la population.

L'autorité unique locale doit viser la coordination des services de base, en santé et en services sociaux, pour les personnes vivant avec des problèmes complexes et nécessitant des services variés et se fonder sur une solide première ligne qui allie les activités de promotion-prévention et les soins et services. Certains services en CLSC sont déjà mieux préparés pour l'implantation de la coordination : périnatalité, jeunesse, services à domicile, services pré et posthospitaliers. Dans d'autres secteurs, santé mentale, déficiences physique et intellectuelle, la définition des rôles et mandats de chacun serait à faire avant l'implantation de la coordination. La formule retenue doit de plus être conçue pour simplifier et accélérer l'accès aux services surtout dans les cas de compromission (ex. : toxicomanie, santé mentale). Au cœur de cette dynamique organisationnelle figurent non seulement la notion de réseau de services, mais aussi celles de hiérarchisation des services et d'arrimage des services de base aux soins et services de deuxième et troisième lignes (offerts en centres hospitaliers et en établissements de soins spécialisés). Soulignons que plusieurs régions sont déjà organisées sur cette base, la configuration des MRC constituant un modèle d'appartenance naturelle et un lieu privilégié d'organisation des services en milieu rural.

Il est impérieux que cette option soit précédée d'une normalisation du financement disponible pour le territoire sur la base de critères populationnels; une intégration des ressources au sein d'un territoire sous-financé ne fera qu'institutionnaliser le sous-financement et n'aura aucun effet sur son fonctionnement. Il importe de donner les moyens aux CLSC d'être de véritables services de première ligne par l'ajout de ressources

et une plage horaire étendue 24/7 en ce qui concerne les services médicaux.

Par ailleurs, un des obstacles majeurs aux expériences d'intégration qui ont été vécues a trait aux régimes des relations de travail. À moins de mesures qui visent à simplifier, à harmoniser et à assouplir les régimes actuels, il est peu probable qu'on parvienne un jour à développer des réseaux de services à l'échelle territoriale. Une réelle déréglementation de la part du ministère à l'égard des établissements et une décentralisation totale de la négociation concernant les questions d'organisation du travail sont requises.

Des réserves ont été émises à l'effet qu'une organisation territoriale ne doit pas assujettir la population à un médecin, les gens veulent maintenir leur libre choix. De la même façon, la possibilité de procéder par enregistrement auprès d'un médecin n'est pas envisagée comme solution. Enfin, la population doit être partie intégrante d'une autorité unique représentative de tous les secteurs.

D'autres solutions ont été proposées, telles que la constitution d'une autorité locale unique multisectorielle (santé, éducation, municipal, d'où l'appellation « projet SEM ») comme le démontre le projet de fusion élaboré par la communauté fermontoise, solution innovatrice pour cette population isolée et pour laquelle on demande au gouvernement de se positionner et d'en autoriser l'expérience pilote. Certains s'interrogent sur le découpage actuel de certaines MRC qui ne correspondraient pas aux mouvements naturels de la population. D'autres parlent de collégialité, de maillage des intelligences et de création de réseaux axés sur la réponse aux besoins de la population.

À PROPOS DE L'AUTORITÉ RÉGIONALE

De façon générale, les organismes et les personnes encouragent la poursuite de la décentralisation et la régionalisation et requièrent que les régies régionales obtiennent davantage de leviers pour remplir leurs responsabilités de façon efficace et efficiente. Il apparaît que cette décentralisation doit être menée à terme. Pour y parvenir, il faudra revoir le rôle de certaines instances et le cadre de certaines pratiques professionnelles dans une optique de concertation, de coordination et d'efficience d'un réseau axé sur l'équité, l'universalité, l'accessibilité et la qualité des services. La population doit être partie intégrante d'une autorité unique représentative de tous les secteurs.

Le modèle décentralisé est de loin préférable au contrôle centralisé. Sa sensibilité aux

particularités, priorités et besoins locaux est une valeur importante et devrait être reconnue et appréciée. Comme tout modèle administratif, une approche décentralisée aux décisions en matière de soins de santé doit être appliquée avec une marge de manœuvre intégrée. Les rôles des différents paliers doivent être clarifiés afin que chaque palier soit non seulement responsable de ses actions mais aussi imputable au palier supérieur.

De façon particulière, dans la région métropolitaine, une structure d'autorité régionale et locale bien organisée au plan sanitaire apparaît comme une condition importante du succès des réformes. Un mécanisme de coordination interrégionale du grand Montréal pour les régies de Laval, Laurentides, Lanaudière, Montérégie et Montréal-Centre devrait être mis en place. Ceci permettrait une plus grande cohésion dans la réponse aux besoins d'une population mobile qui ne consomme pas nécessairement dans son territoire de desserte.

D'autres solutions sont proposées au plan régional, telles que la gestion par le département régional de médecine générale des soins médicaux, par le centre de réadaptation et par le centre jeunesse des services en jeunesse. Les tenants de cette option souhaitent toutefois que ces services soient, lorsque possible, adaptés et distribués localement.

LES SERVICES SOCIAUX

De façon générale, lors de toutes les audiences régionales, il a été énoncé que les services sociaux sont les grands oubliés de la Commission. Ceux-ci se retrouvent une fois de plus « noyés par le médical ». On déplore leur absence dans la documentation préparée par la Commission et le fait que les questions du guide d'animation ne sont pas formulées de façon à recueillir les avis à propos de cette composante importante de notre système. Cette omission a souvent été interprétée comme étant le signe d'un manque de reconnaissance de ces services ou une menace à la coexistence de ces services avec ceux de la santé ou encore à un désengagement potentiel de l'État en cette matière.

Toutefois, dans toutes les régions, des préoccupations reliées à l'un ou l'autre des clientèles ou programmes suivants ont été soulevées : déficience intellectuelle, santé mentale, personne âgée, déficience physique, alcoolisme et toxicomanie, violence faite aux femmes et jeunesse.

Puisque les questions et le matériel d'animation ne nommaient pas clairement ces préoccupations, il faut considérer avec beaucoup de réserves les idées émises en matière de services sociaux lors des audiences. Nous ne pouvons prétendre refléter ici un consensus en cette matière.

Les idées les plus souvent notées dans les rapports régionaux des consultations évoquent une nécessaire consolidation et protection du secteur «services sociaux», un maintien de l'expertise à un niveau régional et un appui au travail en équipe multidisciplinaire. Le sous-financement, dans certaines régions de l'un ou l'autre des programmes, soulève des préoccupations d'équité. De plus, le maintien de la mission des établissements est évoqué fréquemment.

On note que la hiérarchisation des soins de la 1re à la 2e ligne est souvent opérée dans les services sociaux et ceci constitue une réalité à renforcer.

L'investissement dans la lutte à la pauvreté, la consolidation des activités de promotion-prévention, le soutien aux proches et aux aidantes naturelles par des mesures de répit ou de gardiennage, la mise en place et la consolidation de mesures de maintien en milieu de vie, incluant des ressources intermédiaires et privées, sont évoqués par de nombreux participants.

La consolidation du partenariat intersectoriel est souvent identifiée comme un enjeu majeur, particulièrement entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation.

Précisant que la cause de bien des problèmes de santé est d'ordre social, plusieurs ont souhaité l'ajout «d'approches sociales» et le développement des habiletés de travail en équipe multidisciplinaire dans la formation de base des médecins.

En raison des limites du processus de consultation de la Commission, les régies régionales ne peuvent apporter plus d'éclairage en matière de services sociaux sans risque d'interpréter ou de biaiser les informations. Les régies régionales désirent signifier à la Commission qu'elles sont prêtes à réaliser, au besoin, des exercices de consultation sur toutes questions se rapportant aux services sociaux.

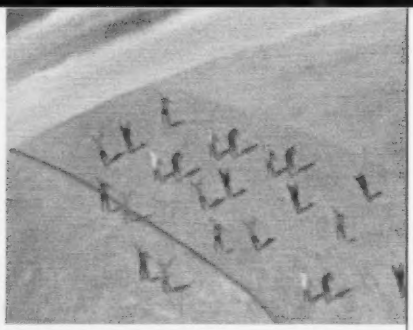
LES RESSOURCES HUMAINES

De façon générale, plusieurs personnes ou groupes ont souligné le peu de place faite aux ressources humaines dans la documentation préparée par la Commission et le fait que les questions du guide d'animation ne soient pas formulées de façon à rendre compte de cette composante importante de notre système. Toutefois, dans toutes les régions, des préoccupations ont été notées. Puisque les questions et le matériel d'animation n'abordaient pas directement ce sujet, il faut considérer avec beaucoup de réserves les idées émises en matière de ressources humaines lors des audiences. Nous ne pouvons prétendre refléter ici un consensus en cette matière.

Les idées les plus souvent notées dans les sommaires régionaux des consultations évoquent des modifications au Code des professions pour dégager un nouveau partage des rôles et champs d'actions des professionnels, pour accroître l'interdisciplinarité et pour réviser les actes délégués, principalement des médecins vers les infirmières. Plusieurs souhaitent également un rehaussement des admissions en facultés de médecine, en sciences infirmières et dans certaines autres disciplines professionnelles ainsi qu'une planification adéquate de la main-d'œuvre afin d'éviter d'accroître ou de créer des pénuries. La création ou l'attribution de postes est souhaitable afin de renforcer la stabilité des équipes, d'augmenter la fierté du personnel et de lutter contre la précarité. Pour accroître la mobilisation du personnel et revaloriser le travail au sein du réseau, il faut que les employés participent à la gestion et à l'organisation du travail. L'augmentation de la formation, du perfectionnement et du développement des compétences est un besoin maintes fois évoqué.

L'assouplissement de la réglementation et l'augmentation du pouvoir des établissements comptent parmi les attentes énoncées. Au regard des pratiques de gestion, un renouvellement et une modernisation sont souhaités ainsi que le développement de systèmes d'information et d'indicateurs de résultat.

Certains souhaitent un assouplissement des conventions collectives afin de favoriser la mobilité des ressources humaines, le décloisonnement des titres d'emploi et la réorganisation du travail. La négociation du plus grand nombre de conditions de travail devrait se faire localement, surtout sur les sujets touchant l'organisation du travail et les politiques de gestion du personnel d'encadrement. Une modification au Code du travail est souhaitée afin de réduire le nombre d'accréditations.



PARTIE II

3

LE VOX POPULI ET LE SONDAGE AUPRÈS DE LA POLULATION

LE VOX POPULI 299

La Commission a offert à la population du Québec la possibilité d'exprimer son point de vue sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux par un vox populi présenté sur son site internet.

Ce « sondage », qui n'a évidemment aucune prétention scientifique, avait pour humble objectif d'offrir un canal supplémentaire permettant de recueillir l'opinion de citoyens sur différentes pistes de solution. La formule proposée permettait également aux répondants de suggérer des avenues originales quant à l'amélioration du système de santé et de services sociaux québécois.

En deux mois, 502 personnes ont répondu au vox populi présenté sous la forme d'un questionnaire interactif, accessible sur le site internet de la Commission.

LE SONDAGE AUPRÈS DE LA POPULATION 316

Près de 5 000 personnes, partout au Québec, ont répondu au sondage mené par la firme Léger Marketing à la demande de la Commission. L'objectif premier de cette étude était de recueillir les opinions des Québécois à l'égard de différents aspects touchant principalement le financement du réseau et l'organisation des services. Ce sondage a été réalisé entre le 24 août et le 10 septembre 2000.

LE VOX POPULI

Un peu plus de 500 personnes ont répondu au *vox populi*. La formule adoptée permettait aux internautes de se positionner sur seize options de solution possibles pouvant améliorer l'organisation des services et le financement du système de santé et de services sociaux. Sur l'ensemble des répondants, près de 60 % ont exprimé un certain nombre de commentaires. Voici ce qui ressort de cette consultation.

Dans l'ensemble, deux thèmes centraux traversent les commentaires, peu importe les positions et les solutions mises de l'avant : le respect et la responsabilité de tous les agents engagés dans le système de santé et des services sociaux, y compris l'usager, ainsi qu'une approche pragmatique et globale de l'évaluation du système et des changements à y apporter.

Plus précisément, les gens souhaitent que l'État soit audacieux dans le choix des solutions tout en réclamant une consolidation des assises du système. Ce qui implique, selon eux, qu'il y ait place à la créativité, à la confiance et à la responsabilité individuelle et collective. On souhaite une gestion dépolitisée du système de santé et des services sociaux dans son sens large, en évacuant les intérêts corporatistes et syndicaux, et dans son sens plus restreint, en minimisant l'intervention des élus.

Plusieurs commentaires ont été formulés sur l'exercice même du vox populi; en général, les gens ont été ravis de pouvoir s'exprimer, les critiques portant essentiellement sur la forme directive du sondage.

RÉSULTATS QUANTITATIFS

	Réponses			
Organisation des services	Oui	Non	N/A	Total
1) Une organisation territoriale des services sous autorité unique	274	164	64	502
2) La responsabilité clinique et financière	283	151	68	502
3) Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne	242	210	50	502
4) L'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale	372	64	66	502
5) Un dossier clinique informatisé par patient	406	55	41	502
6) La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées	393	60	49	502
7) Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats	359	97	46	502
8) La participation du secteur privé et du secteur communautaire	301	159	42	502
Financement	Oui	Non	N/A	Total
1) La désassurance de services	93	359	50	502
2) L'augmentation des impôts	67	394	41	502
3) La contribution des usagers	234	225	43	502
4) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers	207	247	48	502
5) L'impartition (sous-traitance) des services de support et de soutien	289	167	46	502
6) La création de caisses spéciales	210	223	69	502
7) La vente de services spécialisés aux non-résidents	304	156	42	502
8) Les modes de distribution budgétaire	310	96	96	502

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

L'ORGANISATION DES SERVICES

Par leurs commentaires, les gens ont exprimé un grand sens pratique et une bonne connaissance de l'organisation des services. Ils ont livré une analyse parfois très fine de l'organisation des services de santé et des services sociaux. Trois idées générales ressortent de ces commentaires.

L'accessibilité

L'accessibilité aux services représente une idée centrale. Elle est abordée sous deux aspects principaux : l'accès aux services dans le temps et dans l'espace, et la continuité, complémentarité des services. Le premier aspect renvoie aux limites des heures d'ouverture, au manque de médecins en région éloignée, aux délais et aux listes d'attente et, enfin, aux déplacements vers les lieux de prestation de services. Le deuxième aspect a été abordé sous l'angle du manque de coordination des services, du manque d'information sur les services disponibles et sur son organisation, et aussi sous l'angle de la couverture des services assurés. Concernant ce dernier élément, beaucoup de gens ont signalé le peu de place accordée à la prévention et à la promotion de la santé dans les services de base, ainsi qu'aux thérapies alternatives dans la gamme de services assurés.

La gestion et l'organisation du travail

Une deuxième idée centrale qui ressort de l'analyse est celle de la gestion et de l'organisation du travail. En général, les commentaires sont incisifs et portent sur les relations entre les différents acteurs engagés dans le système de services de santé et de services sociaux, et sur les règles qui définissent ces relations, plus que sur les lieux et les structures qui les encadrent. Le corporatisme sous toutes ses formes est dénoncé. Les gens constatent un manque de relations d'autorité morale ou éthique lesquelles devraient selon eux remplacer les relations d'autorité hiérarchique et politique qui caractérisent l'organisation du travail, la gestion des ressources humaines, mais aussi les relations avec les personnes qui reçoivent des soins et des services.

La place des usagers

Enfin, une troisième idée majeure est la place de l'usager et, plus globalement, de la

population dans l'organisation des services de santé et des services sociaux. Les gens se sont définis comme des agents compétents, c'est-à-dire capables d'évaluer leurs situations personnelles et l'environnement dans lequel ils se trouvent. Or, leurs commentaires expriment, d'une part, un manque de reconnaissance de cette compétence par les experts en gestion et en intervention qui se traduit, selon eux, par une trop faible participation des gens ordinaires à la prise de décision sur l'organisation des services de santé. Leurs commentaires énoncent d'autre part, un excès de reconnaissance de leur compétence qui se traduit, toujours selon eux, dans l'accroissement de la responsabilité individuelle en matière de santé et de bien-être en particulier du soutien des personnes vulnérables à domicile. Les gens ne se sentent pas au centre du système de santé et des services sociaux et réclament le droit de choisir les soins et les services qu'ils jugent pertinents pour eux et leurs proches.

LE FINANCEMENT

L'efficience

L'idée principale qui ressort de l'analyse des commentaires sur le financement tient dans cet énoncé : il n'y a pas de problème de financement, mais bien un problème lié à la gestion et aux modes de distribution des ressources. Le thème de l'efficience est logiquement associé dans les commentaires à celui de la responsabilité, celle des gestionnaires, des producteurs de services et des usagers. L'information sur les besoins en matière de santé et de bien-être, sur les pratiques administratives, professionnelles et de consommation est conçue comme un moyen puissant de surveillance et de maîtrise du rapport entre l'offre et la demande dans le temps et dans l'espace.

La révision des modes d'allocations budgétaires

Les solutions mises de l'avant par les gens se déclinent donc, généralement, dans le cadre de cette analyse. Les soubresauts financiers trouveraient alors leurs solutions dans la révision des modes de distribution budgétaire dorénavant axés sur les besoins de la population, et dans la rationalisation des coûts, notamment par l'évaluation des pratiques professionnelles, en particulier les pratiques administratives et médicales en milieu hospitalier, et par l'investissement dans la promotion et la prévention.

Un accès juste et équitable

Enfin, signalons que les commentaires sur le financement conduisent à la question de

l'appropriation du système de santé et de services sociaux par les citoyens. Que cette idée soit implicite ou explicite dans leurs commentaires, les personnes veulent un accès juste et équitable aux services de santé et aux services sociaux puisqu'elles jugent représenter la source principale et première du financement de ce système, notamment par la fiscalité, mais aussi par d'autres contributions personnelles. Autrement dit, les gens veulent « en avoir pour [leur] contribution monétaire et [leur] taux d'imposition et de taxation » comme l'a exprimé un répondant.

COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES À L'ORGANISATION DES SERVICES

1. ORGANISATION TERRITORIALE DES SERVICES SOUS AUTORITÉ UNIQUE

Vox populi → **55 % oui ; 33 % non ; 13 % non réponse.**

Parmi les gens qui ont fait des commentaires, il y a un accord général sur l'organisation territoriale des services : ceux-ci doivent être dispensés sur une base régionale ou locale selon le type de services rendus. Il faut néanmoins préciser que cet accord général sur la dimension spatiale de l'organisation des services est accompagné d'un désaccord à propos de la gestion de l'organisation territoriale des services, c'est-à-dire sur l'idée de l'autorité unique ou de la gouverne de cette organisation par les agents responsables. Les positions tenues par les gens sont partagées entre ceux qui sont plutôt favorables à la centralisation et ceux plutôt favorables à la décentralisation de la gestion de l'organisation des services.

2. ÉQUIPE DE BASE

Vox populi → **56 % oui ; 30 % non ; 13 % non réponse.**

En général, l'évaluation de cette option n'est pas explicite dans les commentaires; il est plutôt question de l'évaluation de l'accessibilité des services de base, en particulier ceux offerts en CLSC.

3. MÉDECIN DE FAMILLE COORDONNATEUR2

Vox populi → **48 % oui ; 42 % non ; 13 % non réponse.**
Cette proportion inclut les gens qui ont émis des commentaires à la question portant sur la rémunération des médecins.

L'analyse sommaire des commentaires permet de comprendre que l'adhésion ou non à l'option du médecin de famille coordonnateur dépend à la fois du rôle que l'on souhaite confier au médecin dans l'organisation et la gestion des services de santé et des services sociaux, et de sa disponibilité à donner les soins et les services médicaux. Les positions exprimées sur cette option sont opposées.

Par ailleurs, de nombreuses personnes ont émis l'idée que l'infirmière serait mieux placée que le médecin pour assurer le rôle de coordonnatrice et, de surcroît, à moindre coût. L'idée de l'infirmière « gestionnaire de cas » et celle de « l'infirmière spécialiste » (*Nurse practioner*) ont été proposées.

Certaines personnes ont signalé qu'un professionnel des services sociaux pourrait également occuper cette fonction.

4. ORGANISATION DES SERVICES SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS SUR BASE RÉGIONALE OU NATIONALE

Vox populi → **75 % oui ; 15 % non ; 10 % non réponse.**

Il y a très peu de personnes qui ont émis un commentaire spécifique sur cette option. De façon générale, les gens n'ont pas fait de distinction explicite entre les services de base et les services spécialisés. Ce qui semble important pour eux, c'est d'y avoir accès.

Les personnes qui se sont exprimées sur cette option sont en accord avec le découpage territorial proposé; d'ailleurs, à peu près toutes les personnes optent pour la stratégie de la fusion des établissements. Toutefois, leur désaccord porte, encore une fois, sur la gouverne de l'organisation régionale des services et sur les différentes formes de fusion.

2 Environ 15 % des personnes (N: 302) ont écrit au moins un commentaire quant au rôle des médecins.

5. DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ PAR PATIENT

Vox populi → **81 % oui ; 11 % non ; 8 % non réponse**

Encore une fois, comme l'indiquent les résultats du sondage, cette question reçoit un accord général et a suscité très peu de commentaires. Je signale tout de même que quelques personnes ont exprimé l'importance de communiquer aux usagers les informations contenues dans leur dossier.

Par ailleurs, quelques personnes ont signalé l'importance d'investir dans les systèmes d'information et de communication et d'élargir ainsi le concept de dossier clinique informatisé pour englober les informations portant sur d'autres pratiques et d'autres processus, tout en prévoyant les fonds suffisants qu'exigera l'implantation de tels systèmes.

6. RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS ADAPTÉE AUX RESPONSABILITÉS QUI LEUR SONT CONFIÉES

Vox populi → **78 % oui ; 12 % non ; 10 % non réponse.**

L'évaluation de cette option porte surtout sur le mode de rémunération. Un accord général est exprimé sur l'idée du salariat qui favoriserait une meilleure accessibilité aux services médicaux et aux médecins de famille, tout comme une meilleure maîtrise des coûts.

Cette recommandation est souvent accompagnée d'un commentaire sur les droits et les obligations des médecins : leur droit individuel de choisir leur lieu de pratique doit être encadré par l'obligation d'aller pratiquer là où sont les besoins, c'est-à-dire par la responsabilité collective de l'ensemble des médecins.

Le lien entre la rémunération et la responsabilité du médecin ferait en sorte de mieux circonscrire les champs de pratique des médecins, entre eux, et au regard des autres professionnels de la santé.

7. BUDGÉTISATION EN FONCTION DE LA POPULATION, DES SERVICES ET DES RÉSULTATS

Vox populi → **72 % oui ; 19 % non ; 9 % non réponse**

Les gens ont fait la distinction entre les critères de budgétisation relatifs à la qualité des résultats obtenus et ceux relatifs aux services requis en fonction des besoins de la population desservie. Concernant le premier type de critère, un répondant s'est élevé contre la budgétisation selon les résultats, signalant qu'il ne fallait pas pénaliser la population en raison de « mauvais gestionnaires », alors qu'un autre a fait valoir que la budgétisation par résultats inciterait fortement à examiner et à évaluer des pratiques moins efficientes qui pourraient ultérieurement être évitées.

En ce qui concerne le deuxième type de critère, plusieurs personnes ont insisté sur l'importance d'un équilibre entre le budget consacré aux services de santé et celui consacré aux services sociaux ou encore entre ce que les gens ont appelé le « curatif » et le « préventif ». Rappelons que la prévention[3] est un thème majeur qui ressort des commentaires et auquel adhèrent près de 20 % des répondants.

8. PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ ET DU SECTEUR COMMUNAUTAIRE

Vox populi → **60 % oui ; 32 % non ; 9 % non réponse**

Quelques personnes ont signalé que cette question aurait dû être scindée, puisqu'un accord sur la participation du secteur privé n'équivaut pas à un accord sur la participation du secteur communautaire[4]. Alors que très peu de commentaires ont été faits sur la place du secteur communautaire, beaucoup de commentaires ont porté sur la participation du secteur privé et sont généralement classés entre le « pour » et le « contre ». Les arguments évoqués qui soutiennent l'une et l'autre position renvoient tous au même objectif : assurer l'accessibilité.

3 Les gens ont inclu dans la prévention et la promotion, la réduction de la pauvreté, le développement social et communautaire, les services sociaux, les médecines alternatives, la prévention secondaire, les campagnes d'information.

4 Ce qui expliquerait la différence avec les résultats concernant la gestion et la production de services médicaux spécialisés par le secteur privé qui affichent 41 % oui ; 49 % non ; 10 % non réponse.

9. AUTRES PISTES DE SOLUTION POUR FACILITER LE DÉPLOIEMENT DES SERVICES DE BASE

Les autres pistes de solution découlent des constats que les gens ont faits sur l'organisation des services et sont présentées brièvement au tout début de la présente section sur les résultats portant sur l'organisation des services. Ainsi, l'information et la référence sont des services que les gens ont recommandés afin de respecter la compétence de l'usager et l'accès raisonnable aux services.

Voici quelques idées retenues :

> ***« Que le Ministère (fasse) un plan de communication sur comment trouver les services appropriés. »***

Des mesures bien concrètes ont été proposées et renvoient à une « modernisation » des conditions d'accès aux services qui suppose de faire place à la créativité et à la flexibilité.

> ***« On peut toujours comprendre que certaines choses restent difficiles à prévoir, mais on pourrait être créatif, par exemple en permettant aux gens de s'inscrire aux cliniques sans rendez-vous par téléphone, puis d'être appelés 15-20 minutes avant l'heure prévue d'examen par l'infirmière et/ou médecin. »***

> ***« À mon avis, obligatoirement, les médecins oeuvrant en CLSC, en CHSLD et en cabinet privé, devraient conjointement ou individuellement mettre en place un système de garde territorial (MRC) permettant l'accès à un médecin 7 jours par semaine, 24 heures par jour pour toutes les clientèles régionales. »***

Plusieurs personnes ont opté pour une vision globale et systémique du réseau de la santé et des services sociaux et proposent une intégration horizontale des lieux d'intervention.

> ***« Intégrer le social et le communautaire à l'environnement administratif hospitalier et éliminer du même coup, 165 ' bouches administratives ' en manque chronique de fonds publics, et ce, depuis leur création. »***

> ***« Services sociaux avec le milieu scolaire et non de la santé. »***

MODIFICATIONS À APPORTER DANS L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET DE LA GESTION

Ce thème majeur recueille de nombreuses remarques, formulées par environ 25 % des 312 répondants qui ont émis des commentaires, pouvant être résumées par la citation suivante :

> ***« En conclusion, on aura beau diversifier le financement et organiser autrement, si on veut que les usagers changent et les professionnels fournisseurs de services changent, il faut aussi que les établissements et leurs directions et cadres changent et se mettent en situation d'apprentissage plutôt que de maintenir cette distance et cette arrogance qu'ils ont revêtues pour survivre au déficit zéro. »***

Plusieurs suggestions ont été proposées pour pallier les problèmes d'organisation du travail et de gestion. Elles sont catégorisées en différents thèmes. D'abord, plusieurs personnes ont signalé que la formation, les droits et les privilèges des médecins devraient faire l'objet d'une révision dans l'esprit d'atteindre une meilleure répartition des effectifs médicaux en fonction des besoins des populations.

> ***« Assurer une rétention des médecins dans les régions et sur le territoire en obligeant un remboursement des frais de formation avant 5 ou 10 ans de service orienté (selon les besoins) ça se fait dans bien des firmes spécialisées en informatique. »***

> ***« Il faut aussi revoir la formation : jusqu'à maintenant, les docteurs formaient les docteurs... est-ce un dogme? Il pourrait y avoir aussi des civils (le coût de formation serait différent). Afin de former plus vite et de favoriser un sentiment d'appartenance aux régions plus fort, pourquoi ne pas satelliser les 4 facultés de médecines dans tout le réseau des universités. »***

Ensuite, un autre thème est la révision des champs de pratique des médecins et des infirmières, en examinant entre autres la délégation des actes et la mise en place de mesures favorisant le décloisonnement des professions, notamment par l'approche multidisciplinaire.

> ***« Je crois que donner plus de latitude aux infirmiers diminuerait les coûts du système de santé et diminuerait l'attente des usagers en faisant des petites cliniques autonomes dans les quartiers ou villages. »***

> ***« Reconnaître et autoriser de plus grandes responsabilités médicales aux infirmières, plutôt que d'exiger que tout acte quelles qu'en soient l'envergure et la portée, relève systématiquement d'un médecin. »***

« En résumé, ne plus rémunérer à des professionnels des actes effectués par d'autres professionnels sous peine d'amende et avis dans leur dossier corporatif. »

« Je crois sincèrement qu'il devrait y avoir une 'université de la santé' où toutes les professions devraient être présentes. Les étudiants auraient un tronc commun de 2 ans et choisiraient une spécialité pour 2 à 3 années supplémentaires. Ceci aura comme conséquence d'établir un langage commun et d'éviter des conflits interprofession. De plus, il n'y aurait plus qu'une corporation professionnelle pour l'ensemble du système de la santé. »

De plus, certaines personnes se sont prononcées sur le thème des conventions collectives qui sont devenues au fil du temps de véritables contraintes au changement.

« Permettre à un établissement fusionné (exemple CH-CHSLD-CLSC) de regrouper sur une base territoriale les différentes accréditations syndicales. Cela de façon à permettre une synergie entre plusieurs pavillons. »

« La sclérose dans la mobilité du personnel pourrait être contrée si les accréditations syndicales étaient décloisonnées au moins pour la totalité des établissements situés dans une région ou dans un certain arrondissement. »

Beaucoup de personnes ont pour leur part proposé de dépolitiser le système de santé et des services sociaux et ont suggéré une approche de gestion qui répond aux besoins de la population et qui mise sur le « capital humain ».

« Les régis régionales. Il est temps de repenser le fonctionnement de ces organismes suprarégionaux qui, dans leurs formes actuelles, ne répondent pas toujours adéquatement aux besoins et alourdissent souvent le processus décisionnel. Il est temps de convertir les régies régionales en directions régionales, dirigées par un président-directeur général relié à la ministre de la Santé et des Services sociaux, qui favoriseraient un fonctionnement axé sur les conseils consultatifs régionaux formés d'experts provenant des établissements du territoire et représentant chacune des missions. Ces conseils d'experts devraient également s'adjoindre des représentants de la population ou d'autres organismes territoriaux le cas échéant. »

« Création d'une société d'État responsable de la santé pour dépolitiser ce domaine et améliorer la gestion (suggestion du CMQ). »

« Essayez d'ajouter un peu de personnel et vous verrez les résultats j'en suis certaine et ça ne coûtera pas des millions. Ils se sentiront appuyés et l'entraide a toujours apporté des dividendes. Misez sur le capital humain au lieu du capital tout court... »

Enfin, un dernier thème majeur est la place de l'usager dans le processus de prise de décision et a donné lieu à quelques suggestions :

> *« Consulter les usagers plutôt que les regroupements qui souvent ont des intérêts politiques. Nommer plus d'usagers sur les conseils d'administration. »*

> *« L'absence de forums, le refus de lui accorder une crédibilité, la présence d'une mainmise corporative sur le système, entraine qu'il est quasiment impossible pour l'individu de se faire entendre, que ce soit en matière de soins le concernant particulièrement, ou encore comme client pourtant concerné en premier chef et ayant quelque chose à dire dans les méthodes, objectifs et orientations du système lui-même. »*

> *« Que les élections dans le réseau de la santé et des services sociaux se déroulent selon la loi du financement des élections du Québec; que ces élections aient lieu en même temps que les élections québécoises. »*

COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES SUR LE FINANCEMENT

1. DÉSASSURANCE DE SERVICES

Vox populi → **18 % oui ; 72 % non ; 10 % non réponse**

Cette option n'a pas fait l'objet de nombreux commentaires. Les gens ont réclamé l'élargissement de la gamme de services assurés, plutôt qu'une désassurance, qui devrait inclure notamment les médecines douces et les thérapies alternatives.

2. AUGMENTATION DES IMPÔTS

Vox populi → **13 % oui ; 78 % non ; 8% non réponse**

Comme l'indiquent les résultats du sondage à cette question, cette mesure est largement rejetée, ce qui expliquerait qu'elle ne fait pas en soi l'objet de commentaires;

mentionnons toutefois que certaines personnes ont suggéré que l'impôt des entreprises soit augmenté.

Par ailleurs, la taxation de certaines clientèles à risques, une suggestion exposée plus loin, est présentée par certaines personnes comme une forme d'imposition qui ne serait plus basée sur le critère du revenu, mais sur celui du risque face à la consommation de services. Autrement dit, les principes d'équité fiscale sont pondérés en fonction des risques individuels.

3. CONTRIBUTION DE L'USAGER

Vox populi → **47 % oui ; 45 % non ; 9 % non réponse**

Plusieurs formes de contribution des usagers ont été proposées par les gens qui sont favorables à cette option dont une contribution personnelle et directe de l'usager pour la consommation de certains services qu'il reçoit.

Ces suggestions ont en commun de rendre l'usager responsable du choix des services qu'il reçoit et, plus fondamentalement, de l'évaluation de la pertinence de ces choix au regard de son état de santé.

4. GESTION ET PRODUCTION PRIVÉES DE SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS OU HOSPITALIERS

Vox populi → **41 % oui ; 49 % non ; 10 % non réponse.**

Bien que les avis soient polarisés, peu de commentaires ont été formulés sur cette option. Signalons que quelques personnes ont d'emblée reconnu qu'il existait dorénavant un système à deux vitesses, une érosion du principe d'universalité que la présence du système privé a contribué à faire naître. Certaines personnes jugent que cet état de fait est pour le mieux, d'autres pour le pire.

5. IMPARTITION DES SERVICES DE SUPPORT ET DE SOUTIEN

Vox populi → **58 % oui ; 33 % non ; 9 % non réponse**

Cette option a suscité tout au plus quelques commentaires exprimant un accord de principe sur l'idée de confier au secteur privé les services de support et de soutien, en particulier les services traditionnellement offerts dans les hôpitaux comme la buanderie et l'alimentation.

6. CRÉATION DE CAISSES SPÉCIALES

Vox populi → **42 % oui ; 33 % non ; 9 % non réponse**

Cette option a fait l'objet de quelques commentaires dont les suivants :

> ***« Privatisation partielle, sous le modèle de l'assurance-médicaments. Pour la partie non privatisée, capitaliser le système sous le modèle de la RRQ (argent géré par la caisse de dépôt) »***

> ***« Fin des subventions aux entreprises privées rentables (Bombardier, Nortel, etc.) et transfert des sommes épargnées vers la création de nouveaux emplois dans le secteur public de la santé. »***

> ***« Faciliter le financement par la création de REER Santé (caisses spéc.?) »***

7. VENTE DE SERVICES SPÉCIALISÉS AUX NON-RÉSIDENTS

Vox populi → **61 % oui ; 31 % non ; 8 % non réponse**

Cette option a suscité très peu de commentaires.

8. MODES DE DISTRIBUTION BUDGÉTAIRE

Vox populi → **62 % oui ; 19 % non ; 20 % non réponse**

Signalons avant tout que cette option recoupe assez souvent l'option sur la budgétisation présentée dans la section sur l'organisation des services. Beaucoup de suggestions ont été faites concernant le mode de distribution budgétaire basé sur la performance et le gain d'efficience. Ces suggestions sont souvent accompagnées de commentaires relatifs

à la mise en place de systèmes d'information permettant de collecter les données pertinentes, de mesurer la performance des établissements, y incluant l'évaluation des pratiques médicales, et d'en surveiller l'évolution dans le temps.

Contrairement à ce qu'énonce le *Guide d'animation*, les économies réalisées par les gains de productivité, de saine gestion et d'une rationalisation des processus et des modes de distribution des ressources, pourraient être très élevées selon les commentaires émis par les gens.

En fait, beaucoup de gens ne croient tout simplement pas à la « crise de gestionnaires néo-libéraux ». Avant de penser à la participation du secteur privé, plusieurs personnes souhaitent entre autres une révision de la fiscalité, un examen des dédoublements de services, une politique des médicaments génériques, la réduction des paliers de décisions. Ces idées reviendront dans la section suivante.

AUTRES SOLUTIONS POUR DONNER DES BASES FINANCIÈRES SOLIDES ET STABLES AU SYSTÈME

Outre les options précédentes, un grand nombre de personnes ont proposé une panoplie de mesures originales qui renvoient à des modes de financement nouveaux ou à des variantes des options proposées plus haut.

> ***« Une contribution liée à la consommation de services de santé pourrait être ajoutée à l'impôt à payer de tous les citoyens, salariés et non salariés, selon le moindre des montants suivants : 25 % de la valeur des services de santé reçus, ou 25 % de l'impôt du Québec à payer. Le tout se ferait sur une base individuelle. Ainsi, en règle générale, les personnes de moins de 18 ans et les adultes ayant un faible niveau de revenus n'auraient pas de contribution à payer. »***

Plusieurs personnes ont suggéré des formes de taxation nouvelles ou un crédit d'impôt en fonction des risques individuels face à la santé.

> ***« Permettre l'accès aux médecines alternatives, sous forme d'un crédit d'impôt. »***

Pour d'autres personnes, la responsabilité individuelle face aux coûts associés aux soins de santé et aux services sociaux ne peut être possible sans une information sur les sommes consenties à ce secteur sur les coûts réels des services que reçoit chaque usager. C'est pourquoi certaines personnes ont proposé que l'information sur la facturation des

coûts soit communiquée aux usagers et à la population sur une base régulière.

> ***« Que chaque citoyen lors du renouvellement de sa carte de la RAMQ reçoive le bilan de ce qu'il a payé et de ce qu'il a réclamé. Que chacun devienne responsable de sa fierté à être en santé. »***

Enfin, la prévention est fortement associée à la réduction des coûts des services.

> ***« Stimulating health over health care is what one of the major solutions to partially solve the problems associated with our ailing health care system. »***

> ***« L'utilisation des surplus du gouvernement pour un réinvestissement non seulement dans le domaine de la santé, mais dans les programmes sociaux qui influencent la santé: aide sociale, éducation, programmes de prévention, logement sociaux, etc. »***

> ***« Change the Quebec Health Services Act to include 'babysitting' services, thus saving on useless legal and social worker expenses two months later. »***

Plusieurs personnes ont proposé la création de fonds spéciaux, une variante des caisses spéciales :

> ***« Chaque CHLSD doit créer une fondation et effectuer des levées de fond annuellement auprès de sa population. »***

> ***« Qu'un tirage de loterie (Loto-Québec) par mois aille dans une région donnée pour l'achat d'équipement; proposer que chaque annonce par un journal, trois fois l'an par exemple, annonçant un coupon à remplir pour faire un don soit déductible d'impôt pour le journal ou l'annonce soit remboursable par l'État si le tirage est supérieur à : _____ . »***

Quelques personnes ont suggéré de créer un fonds distinct réservé à la santé et aux services sociaux, dans le même esprit que celles qui souhaitent obtenir l'information de la facturation des coûts des services.

> ***« Pourquoi ne pas gérer le financement du système de santé comme on le fait pour le financement de la Régie des rentes ou de la Régie d'assurance automobile? La nécessité d'évaluer le rendement du système de prestation de soins serait probablement plus évident puisqu'il faudrait rendre le tout plus transparent dans l'information à transmettre au gouvernement pour assurer une modulation des tarifs demandés aux utilisateurs (tous les Québécois). »***

CONCLUSION

La présente synthèse ne rend compte qu'à grands traits du contenu des commentaires formulés par les gens et de leur compréhension du système de santé et des services sociaux. Toutefois, l'analyse des commentaires a permis, d'une part, de mieux comprendre certains résultats des différentes questions soumises dans le cadre du sondage et, d'autre part, de mettre à jour de nouveaux thèmes et des suggestions originales.

Deux conclusions générales ressortent de cette analyse. D'une part, chaque personne, peu importe son lieu de résidence, doit pouvoir accéder à des soins et des services de base de qualité selon des conditions de temps et de lieu raisonnables. Le respect de l'universalité implique par contre de changer radicalement les règles actuelles des modes de distribution des ressources et de budgétisation, soit de tenir compte des besoins de la population dans des contextes particuliers. Cette approche suppose que les priorités et la hiérarchie entre les différents services assurés soient révisées, redéfinies et que des critères d'accessibilité à ces services soient fixés de manière à informer les gens et à les orienter dans le réseau de services, en particulier les services de base.

D'autre part, il faut réviser le partage des champs de pratique et reconsidérer les privilèges et les droits des différents acteurs du réseau par un examen des règles qui encadrent leur pratique. Cet exercice doit mener à définir la responsabilité et l'imputabilité de tous les acteurs du système de santé et de services sociaux, incluant l'usager. L'organisation des services doit faire partie d'un projet collectif convenu solidairement à un palier décisionnel qui, je le rappelle, ne fait pas l'unanimité dans les commentaires, mais qui doit être orienté en fonction des besoins de la population, une approche soutenue par des connaissances et des informations qui devraient être partagées entre tous les acteurs.

Une recommandation générale ressort de cette brève analyse, soit un engagement radical envers l'accessibilité aux services de base et spécialisés, et ce, par la mise en place de conditions qui préservent les acquis du passé et rendent possibles des changements dans l'organisation des services et dans les critères de distribution et de gestion des ressources. Plus précisément, ces conditions pourraient être les suivantes :

- Définir et communiquer les conditions d'accès aux services de santé et aux services sociaux.

- Transformer les modes de distribution des ressources historiquement axés sur les besoins des producteurs de services vers des modes de budgétisation axés d'abord et avant tout sur les besoins de la population et des usagers.
- Investir dans des systèmes d'information et de communication qui permettront de documenter les besoins de la population et l'offre de services en tenant compte des connaissances qu'en ont les usagers et la population en général.
- Créer des lieux ou des mécanismes de transmission des informations entre les différents experts du réseau de la santé et des services sociaux et les citoyens et les citoyennes.
- Agir en amont des problèmes en investissant dans la prévention.

LE SONDAGE AUPRÈS DE LA POPULATION

OPINION GÉNÉRALE ENVERS LE SYSTÈME ACTUEL

- La moitié des Québécois croit que le gouvernement continue de couper dans le système de santé et 28,9%, que les ressources de ce système sont à peu près stables. Seulement 17,1% des Québécois croient qu'il y a présentement des investissements dans le système.
- La majorité des Québécois considère que le système de santé comporte plusieurs bons côtés (78,4%). Six personnes sur dix (60,9%) croient cependant que, même si c'est un bon système, il faudrait y corriger des problèmes importants et 17,5% considèrent plutôt que seuls des changements mineurs seraient nécessaires.
- Afin d'assurer une meilleure gestion du système de santé, on retrouve davantage de Québécois qui croient qu'il serait plus efficace de fusionner ensemble les hôpitaux, les CLSC et les autres établissements de santé (45,6%) que de mettre en place un seul conseil d'administration pour la gestion de tous les établissements (39,6%).
- Plus de la moitié des Québécois trouvent très acceptable ou assez acceptable l'augmentation de la part du budget du gouvernement allouée au système de santé. Soulignons tout de même que 39,6% estiment que cette progression est plutôt inacceptable ou entièrement inacceptable.

NIVEAUX D'ACCORD À L'ÉGARD DE POSSIBLES MODIFICATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

- Votre médecin de famille serait responsable de coordonner l'ensemble de votre dossier de santé.
  Fortement et plutôt en accord : **85%**
  Plutôt et fortement en désaccord : **13%**
- Dans votre quartier, votre ville ou votre MRC, une seule autorité serait responsable de l'organisation de tous les services de santé ou sociaux dont vous avez besoin.
  Fortement et plutôt en accord : **55%**
  Plutôt et fortement en désaccord : **40%**
- Dans votre quartier, votre ville ou votre MRC, une équipe de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux provenant de cabinets de médecins et de CLSC se verrait confier la responsabilité des soins et des budgets.
  Fortement et plutôt en accord : **62%**
  Plutôt et fortement en désaccord : **32%**
- Un dossier de santé unique serait constitué pour chaque patient et serait accessible par informatique à tous les professionnels de la santé que vous consultez.
  Fortement et plutôt en accord : **80%**
  Plutôt et fortement en désaccord : **19%**

NIVEAUX D'ACCORD À L'ÉGARD DE DIFFÉRENTES MANIÈRES DE RÉSOUDRE LES PROBLÈMES DE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ.

- Que certains services actuellement gratuits soient entièrement payés par les usagers.
  Fortement et plutôt en accord : **27%**
  Plutôt et fortement en désaccord : **70%**
- Que l'on augmente les impôts pour mettre plus d'argent dans le système de santé.
  Fortement et plutôt en accord : **18%**
  Plutôt et fortement en désaccord : **81%**
- Que chaque usager paie une contribution au moment d'utiliser certains services.
  Fortement et plutôt en accord : **54%**
  Plutôt et fortement en désaccord : **44%**

- Que le secteur privé donne certains services de santé publics, comme des chirurgies d'un jour, et se fasse payer par le gouvernement.
  Fortement et plutôt en accord : 81%
  Plutôt et fortement en désaccord : 17%
- Que le secteur privé gère des services de soutien dans les hôpitaux, comme la buanderie ou la cafétéria.
  Fortement et plutôt en accord : 75%
  Plutôt et fortement en désaccord : 21%
- Que des hôpitaux vendent des services spécialisés, comme des chirurgies cardiaques, à des patients étrangers qui ont les moyens de les payer.
  Fortement et plutôt en accord : 58%
  Plutôt et fortement en désaccord : 40%

NIVEAUX D'ACCORD À L'ÉGARD DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

- Pour couvrir les besoins en santé des personnes âgées en perte d'autonomie, on devrait créer une contribution spéciale, un peu comme la caisse de la Régie des Rentes.
  Fortement et plutôt en accord : 64%
  Plutôt et fortement en désaccord : 32%
- Pour couvrir les besoins en santé des personnes âgées en perte d'autonomie, on devrait offrir la possibilité aux gens de se mettre de l'argent de côté, à l'abri de l'impôt, un peu comme un REER.
  Fortement et plutôt en accord : 81%
  Plutôt et fortement en désaccord : 18%
- On peut augmenter les impôts si on vous assure que cet argent additionnel sera consacré au secteur de la santé.
  Fortement et plutôt en accord : 38%
  Plutôt et fortement en désaccord : 61%
- Dans votre rapport d'impôt, on doit identifier clairement la partie de votre impôt qui va au réseau de la santé.
  Fortement et plutôt en accord : 81%
  Plutôt et fortement en désaccord : 17%
- La proportion des budgets des gouvernements du Québec consacrée à notre système

de santé est en croissance forte depuis une dizaine d'années.

Fortement et plutôt en accord : **39%**

Plutôt et fortement en désaccord : **52%**

- La diminution de l'argent que le gouvernement fédéral donne aux provinces en matière de santé est une des premières causes des problèmes de financement de notre système.

Fortement et plutôt en accord : **58%**

Plutôt et fortement en désaccord : **35%**

PERCEPTION ENVERS UN MODE DE FINANCEMENT IDÉAL

- Six moyens de financement du réseau de la santé ont été présentés aux répondants. Parmi ceux-ci, le fait de faire gérer des soins par le secteur privé et que ces soins soient par la suite remboursés par le gouvernement représente le moyen privilégié par 45,2% des Québécois. Viennent ensuite le fait d'établir une contribution spéciale pour certains services médicaux (28%), la vente de services médicaux à des malades en dehors du Québec (25,1%), le fait que les usagers paient directement une partie des coûts (21,9%), le fait que certains services soient complètement à la charge du patient (10%) et l'augmentation des impôts (7,8%).

PERCEPTION QUANT AU MAINTIEN D'UN SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC

- Près de six Québécois sur dix (56,6%) estiment que l'essentiel de notre système doit demeurer public, gratuit et universel, mais que l'on doit remettre en question certains aspects, tandis que 30,7% considèrent tout simplement que le système doit demeurer public, gratuit et universel. Seulement 11,8% des répondants pensent que l'on doive remettre en question le fait que notre système soit public, gratuit et universel.

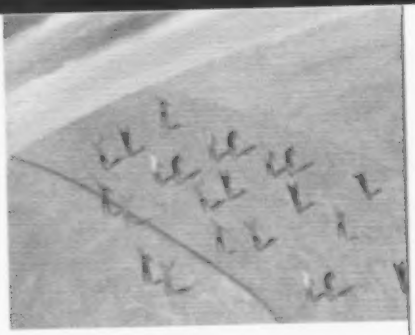
PERCEPTION QUANT À LA QUALITÉ FUTURE DES SERVICES DE SANTÉ

- Près de huit Québécois sur dix (78,5%) croient que la qualité future des services de santé ne va pas s'améliorer au cours des prochaines années. En effet, 36,3% croient que cette qualité va se détériorer et 42,2%, que cela demeurera semblable. Seulement 19,6% des répondants estiment que la qualité future des services va s'améliorer.

- La majorité des Québécois (70%) font davantage confiance aux professionnels de la santé pour améliorer le fonctionnement du système de santé.

SATISFACTION À L'ÉGARD DES SERVICES DE SANTÉ REÇUS

- La majorité des personnes qui ont reçu des soins de santé au cours des six mois précédent le sondage (soit un traitement, un examen ou une consultation) les ont reçus dans une clinique privée (47%) ou dans un hôpital (41%). Également, la plupart de ces personnes se sont dites satisfaites des services de santé qu'elles ont reçus (85,4%).
- Le manque de ressources ou d'argent représente la principale raison expliquant l'insatisfaction de certaines personnes ayant reçu des services de santé (36,3%).



PARTIE II
4

LES FORUMS D'EXPERTS

Ces résumés n'engagent aucunement les conférenciers. Ils ont été préparés par le personnel de la Commission pour usage interne, à titre d'aide mémoire. La Commission a décidé de les rendre public afin de rendre compte des points de vue, expériences, réflexions et études qui ont été présentés et discutés lors de ces rencontres d'experts.

La Commission a organisé 4 forums d'experts sur les thèmes suivants : les expériences internationales, les expériences d'autres provinces canadiennes, l'organisation des services et la gouverne, puis le financement.

Au cours de ces forums, une trentaine d'experts internationaux, canadiens et québécois ont livré leur réflexion sur les enjeux auxquels les systèmes contemporains de santé et de services sociaux sont confrontés, de même que sur les solutions qui devraient être envisagées au Québec.

Plus de 1 000 acteurs agissant dans le réseau de services ont participé à ces rencontres publiques. Nous présentons dans les pages suivantes un bref résumé de chacun de ces forums ainsi qu'une liste des experts invités.

EXPERTS RENCONTRÉS PAR LA COMMISSION

BÉDARD Denis 379
Président, Comité de réévaluation des modes
de budgétisation des centres hospitaliers

BÉLAND François 386
Professeur titulaire, Département d'administration de la santé,
Faculté de médecine, Université de Montréal; Co-directeur, Groupe de recherche,
Université de Montréal/Université McGill sur les services intégrés aux personnes âgées

CASTONGUAY Claude 375
Ex-ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec

CONTANDRIOPOULOS André-Pierre 383
Professeur titulaire, Département d'administration de la santé,
Université de Montréal

DAVIS Jack 344
President and Chief Executive Officer, Calgary Regional Health Authority

DECTER Michael 328
Chair, Board of Directors, Canadian Institute for Health Information

DENIS Jean-Louis, président de séance 339
Professeur titulaire, Département d'administration de la santé,
Université de Montréal

DESCHÊNES Jean-Claude 366
Consultant en organisation des services de santé et des services sociaux

EVANS Robert 373
Professor, Department of Economics and Centre for Health Services
and Policy Research University of British Columbia

FAFARD Patrick 341
Executive Director, Commission on Medicare, Government of Saskatchewan

EXPERTS RENCONTRÉS PAR LA COMMISSION

HOLLANDER Marcus **367**
President, Hollander Analytical Services Ltd, British Columbia

HURLEY Jeremiah **377**
Professor, Center for Health Economics and Analysis and Department of Economics
McMaster University, Ontario

KANE Robert **334**
Professor, Minnesota Chair in Long-Term Care and Aging,
Division of Health Services
Research and Policy, University of Minnesota

KESSLER Francis **335**
Maître de conférences de droit privé à l'Université de Paris I, Panthéon-Sorbonne,
rapporteur du programme MISSOC de l'Union européenne

KOURI Denise **364**
Director, HEALTNet Regionalization Research Center, Saskatoon

LAMARCHE Paul **355, 370**
Directeur, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

LE GRAND Julian **329**
Richard Titmuss Professor of Social Policy, London School of Economics,
Department of Social Policy

LEATT Peggy **361**
Professor, Department of Health Administration, University of Toronto

LEBEL Paule **368**
Directrice de l'enseignement, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

LEVINE David, président de séance **349**
Président-directeur général, Hôpital d'Ottawa

EXPERTS RENCONTRÉS PAR LA COMMISSION

MARRIOTT John **385**
Health Policy Analyst, Marriott Mable Consulting, Ontario

MILLETTE Bernard **358**
Médecin de famille et professeur titulaire, Faculté de médecine,
Université de Montréal

MORNEAU Guy **381**
Président-directeur général, Régie des rentes du Québec

PACCAUD Fred **327**
Directeur, Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
Université de Lausanne

ROSSER Walter **357**
Professor and Chair of the Department of Family and Community Medecine
University of Toronto

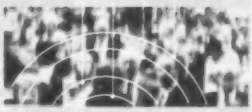
SALTMAN Richard **331**
Professor of Health Policy and Management, The Rollins School of Public Health
Emory University, Atlanta, Georgia ; Research Director, European Observatory on
Health Care Systems, Copenhagen, Danemark

SINCLAIR Duncan **347, 353**
Professor emeritus and Visiting Fellow, School of Policy Studies
Queen's University, Kingston, Ontario

TURGEON Jean **362**
Directeur des études, École nationale d'administration publique, (ÉNAP), Québec

FORUM 1 5 SEPTEMBRE 2000, MONTRÉAL

EXPÉRIENCES INTERNATIONALES



« Le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 2000 : Comparer la performance des systèmes de santé »
Fred Paccaud 327

La performance du système de santé canadien
"World Health Organisation Report : The Performance of the Canadian Health Care System"
Michael Decter..... 328

LA GRANDE-BRETAGNE
"Market-Oriented Health Services Reforms"
Julian Le Grand 329

L'EUROPE
"Western European Experience with Health Reform"
Richard Saltman 331

LES ÉTATS-UNIS
"The American Health Care System : The Good, the Bad, and the Ugly"
Robert Kane 334

« Caisses d'assurance maladie et d'assurance dépendance en Europe : quelques exemples européens »
Francis Kessler 335

Panel et échange avec le public 337

Synthèse et conclusion
Jean-Louis Denis 339

« Le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 2000 : Comparer la performance des systèmes de santé »
Fred Paccaud (Suisse)

Monsieur Fred Paccaud porte un jugement positif sur le rapport de l'OMS, en particulier sur la façon de « juger » un système de soins et le fait qu'on se « mouille » sur ce qu'il devrait être. Globalement, on constate un accroissement de l'espérance de vie au fil du temps, à revenus constants. Il y a aussi une relation générale entre l'état de santé et le niveau de revenus, pour une année donnée, quoique des pays à niveaux de revenus variés peuvent avoir un état de santé équivalent et vice versa.

Les réserves portent sur des dimensions méthodologiques dont la qualité des données, la complexité et le choix de certains indicateurs. Ceci permet à Fred Paccaud d'ouvrir sur la proposition d'autres indicateurs liés aussi à la capacité d'intervention du système de soins (ex. : hypertension). Suit un rappel sur les coûts de la quête d'information et une certaine mythologie entourant les indicateurs.

Fred Paccaud fait ensuite ressortir du rapport de l'OMS :

- Les importants gains de santé réalisés à coûts constants.
- L'importance des indicateurs, malgré les questions de choix (validité) et de qualité des données.
- Les 4 fonctions de l'OMS (prestation de services, production de ressources, constitution du financement, administration générale), ses 3 objectifs (meilleure santé possible, réactivité et équité du financement) et ses 2 dimensions (niveau moyen atteint et équité).
- Parmi les trois objectifs, il signale l'aspect qualitatif et nouveau de la « réactivité » mise de l'avant par l'OMS et des sept éléments la composant (respect de la dignité de la personne, confidentialité, autonomie, rapidité de prise en charge, environnement de qualité satisfaisant, accès à des réseaux d'aide pour les patients et choix du prestataire).

La performance du système de santé canadien
" World Health Organisation Report : The Performance of the Canadian Health Care System "
Michael Decter (Canada)

À son avis, dans les débats actuels, il y a trop de temps passé sur les structures. En l'absence de mesure de résultats, on est encore concentré sur les *inputs* (dollars, nombre de patients).

En réaction au rapport de l'OMS, il se porte à la défense d'un système maintenant jugé au 30e rang (sur 191). Ce trentième rang pourrait en partie provenir de la situation des autochtones, pesant sur la moyenne, d'une couverture inégale de certains services (ex. : médicaments) et de nos dépenses trop élevées en regard des résultats obtenus. Mais ces dernières sont beaucoup définies par le contexte nord-américain, ce qui enlève de la marge de manœuvre. De plus, malgré les définitions de départ, le rapport ne maintient pas une bonne distinction entre système de santé et système de soins de santé. Ceci conduit à trop lier la santé de la population et le système de soins, qui ne traite essentiellement qu'un sous-ensemble de la population, soit les personnes malades.

Michael Decter signale des dimensions absentes du rapport, mais faisant la force du système canadien, du moins pour certaines provinces (ex. : lien social/santé). Il insiste aussi sur des dimensions moins présentes dans le rapport dont :

- importance, potentiel et impact du développement technologique (ex. : capacité des ordinateurs qui double régulièrement);
- importance de dimensions politiques, dont les attentes croissantes de la population (accès rapide, qualité clinique, pertinence).

Il signale également son désaccord avec l'idée d'un score global, surtout compte tenu des difficultés méthodologiques (qualité des données). Il lui aurait aussi semblé plus pertinent de regrouper des pays (*clustering*) ayant des analogies, plutôt que les 191 en simple liste. Il considère toutefois positivement la réflexion de l'OMS sur ce qui permet de qualifier de « bon » un système de soins, en particulier la référence au « potentiel », atteint ou non. Mais une telle approche est nécessairement plus conflictuelle.

Michael Decter se dit aussi en accord avec l'insistance sur l'importance de la responsabilité gouvernementale que l'OMS ne limite pas à ce qui est assuré

publiquement. Il mentionne enfin les efforts intéressants de comparaison intracanadienne, menés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Des tableaux de bord ont été élaborés et diffusés en collaboration avec le Maclean's dans le but d'informer la population.

Période de questions avec Fred Paccaud et Michael Decter

- On note que le coût *per capita* des services est élevé au Canada mais qu'on a peu de services *per capita*.
- On soulève les réserves de l'OMS sur la bureaucratie engendrée dans les systèmes fortement centralisés. Le tout est difficilement compatible avec un pouvoir dévolu au consommateur.
- Le moral des intervenants du secteur a été durement touché au cours des dernières années.

LA GRANDE-BRETAGNE

" Market-Oriented Health Services Reforms "

Julian Le Grand (Grande-Bretagne)

Au départ, monsieur Julian Le Grand définit trois approches correspondant à trois époques en Angleterre :

- Système basé sur le contrôle central (avant 1990);
- Système basé sur la compétition (1991-1997);
- Système basé sur la collaboration (1998-...) mais ce dernier sera finalement présenté comme un mélange des deux premiers et reste à être précisé.

Financé par taxation générale avec le gouvernement gérant directement les établissements, le système basé sur le contrôle a formé un ensemble équitable, économique et donnant des résultats corrects. On lui reproche cependant son inefficience, une faible qualité au plan des processus cliniques et un manque de réactivité (choix et sensibilité aux « clients »), si on reprend le terme de l'OMS.

Le système basé sur la compétition reposait sur une séparation des rôles traditionnellement fusionnés d'acheteurs (création des *GP Fundholders* et *District Health Authorities*) et de dispensateurs (ex. : hôpitaux autonomes, spécialistes). En gros, il

conclut que l'approche de compétition n'a pas réellement marché, et ce, pour divers motifs dont un non-déplacement effectif du pouvoir, des incitatifs trop faibles et une résistance de l'appareil bureaucratique central.

Il illustre les mérites ou difficultés par les paraboles du chevalier (*knight*) et du filou (*knave*) qui correspondent à deux façons de lire une même réalité. La première est traditionnellement associée aux sociaux démocrates et la seconde aux néo-libéraux.

En revanche, Julian Le Grand attache beaucoup d'importance à l'expérience des *GP Fundholders* (cabinets de médecins responsables d'une capitation pour divers services). Il y a eu des gains évidents, possiblement par un ensemble de contraintes moindres et des incitatifs plus robustes. À noter, que des médecins spécialistes oeuvrent à la fois dans les secteurs de pratique privée et publique. Dans les disciplines qui se prêtent le plus à une pratique privée (ex. : ophtalmologie), Julian Le Grand note un impact négatif sur les listes d'attente.

Le récent système basé sur la collaboration se caractérise par :

- plus d'argent,
- une disparition de l'accent compétition, même si la distinction acheteur versus dispensateur persiste,
- un pouvoir accru à la première ligne sur la seconde (fonction d'achat),
- un amalgame forcé des instances de première ligne dans les Primary Care Groups. Il se déclare fort sceptique sur ces derniers.

Julian Le Grand voit dans le système de collaboration plutôt un retour à un système de contrôle, mais avec certaines nouvelles fonctions intéressantes (ex. : agrément, évaluation des technologies (NICE), balises à la pratique privée des spécialistes).

Au total, le conférencier privilégie une dimension compétition mais en système public (*so long as knights are not turned into knaves*).

Période de questions avec Julian Le Grand

- Le secteur privé (financement et production) anglais est assez marginal. Il couvre essentiellement certaines chirurgies électives et est accessible aux riches.

- Les instances administratives de districts (équivalent à nos régies) sont appelées à disparaître au profit de regroupements plus larges (*Regional Health Authorities*). On ne voit plus leur pertinence avec l'émergence des *Primary Care Groups*. Cette tendance était déjà décelable avec les *GP Fundholders*.
- Réaffirmation de son intérêt pour le marché interne.
- Mentionne la *Patient Charter*, promulguée par le gouvernement, qui a eu un certain effet en Angleterre. Cette « charte du patient » mentionne même des délais à ne pas dépasser pour certaines interventions.

L'EUROPE

"Western European Experience with Health Reform"

Richard Saltman (États-Unis)

Monsieur Richard Saltman se réfère principalement à trois réformes parues au même moment que le rapport Rochon : Dekker en Hollande (1987), Thatcher en Angleterre (1988) et Ader en Suède (1989). Toutes ont tenté une introduction d'aspects « marché » dans les systèmes publics. Ces trois réformes sont illustratives des multiples tentatives européennes en ce sens, le tout selon deux écoles ayant beaucoup d'analogies avec la parabole de Le Grand sur les chevaliers (*knights*) et filous (*knaves*). Mais il ajoutera que les deux écoles lisent de façon différente une même série de faits. Les chevaliers s'attachant aux dimensions d'iniquité ou d'inefficience financière alors que les fripons mettront l'accent sur la bureaucratie et la manipulation politique.

Les réformes européennes de la fin 1980 début 1990 se caractérisent par une tentative de réconcilier ou d'amener dans les systèmes publics des attributs privés, le tout pour les dynamiser :

- une microefficience (vue comme caractéristique du privé) avec une macroefficience (vue comme une caractéristique du public);
- une tentative d'amener une dimension entrepreneuriale (vue comme une caractéristique du privé), en conservant la dimension de solidarité ou d'équité (vue comme une caractéristique du public).

En fait, il ne s'agit pas d'introduire le marché en soi, mais diverses mesures précises (contrats, mécanismes d'allocation) pour concilier État/marché, public/privé, réglemen-

tation/autonomie. Si les réformes varient, elles présentent cependant certains points communs : moins de bureaucratie, plus d'innovation, plus d'efficience et le maintien d'une justice sociale. L'allocation des ressources est une problématique centrale de ces réformes. Un mode de relation contractuel est introduit sous diverses formes (ex. : remboursement prospectif ou rétrospectif).

Les réformes ayant connu certains succès ont joué davantage sur la compétition du côté de la production (Angleterre, Suède), alors que celles ayant joué sur la compétition du financement entre assureurs (essentiellement dans des systèmes à caisses, comme la Hollande) ont échoué. Saltman se positionne comme étant un procompétition mais en système public (ouverture à la privatisation d'une partie de la production, mais non du financement).

Richard Saltman présente le rôle de l'État comme central sur quatre points :

- Vision et « design » du nouveau modèle;
- Établissement de standards;
- Monitoring et évaluation de la performance;
- Établissement de formes d'imputabilités (focus sur outputs et non inputs).

En résumé l'État doit « *row less, steer more* ». Ceci implique une distance dans le rôle de dispensation directe, donc d'employeur. Cette fonction de direction est vue comme présentant inévitablement un côté spéculatif, mais aussi doit avoir un fondement (*evidence based*).

Compte tenu des pressions actuelles (vieillissement, surtout technologie) une certaine privatisation du financement apparaît incontournable (ex. : copaiement, priorisation, appel au capital privé).

L'expérience européenne montre l'impact de l'ouverture des marchés et de la globalisation. Les politiques sociales doivent maintenant être interajustées entre pays.

Certains points clés ressortent pour les appareils administratifs centraux :

- moins d'autorité (double phénomène de la mondialisation et décentralisation vers le local) et une perte de marge de manœuvre discrétionnaire (effet de la mondialisation et des comparaisons);

- ouverture à des comportements de type entrepreneur, une reddition de comptes plus explicite et le maintien d'une justice redistributive;
- l'introduction d'une compétition entre producteurs, des centres hospitaliers qui tendent à être définis comme des firmes publiques, le développement des approches par contrats et un paiement tenant compte de la performance.

La distinction entre public/privé tend à être de moins en moins limpide et étanche.

Période de questions avec Richard Saltman

- Illustration d'une nouvelle forme de compétition à l'intérieur du système public, par l'exemple des maternités dans 6 hôpitaux de la région de Stockholm. La modification du mode de paiement (de budget global vers paiement par cas selon les diagnosis related groups) a amené en un temps record un changement de pratique partout.
- Le recours à la capitation facilitera la collaboration public-privé au niveau de la fourniture de services.
- Commentaires positifs sur la rémunération mixte (type anglaise) des médecins (ex. : 60 % capitation, 30 % salaire et 10 % à l'acte). La rémunération est ainsi modulée selon les objectifs poursuivis.

LES ÉTATS-UNIS

"The American Health Care System : The Good, the Bad, and the Ugly"

Robert Kane (États-Unis)

Après un rappel des caractéristiques du système américain (seul pays sans système national et en conséquence avec 15% d'Américains non assurés), Kane aborde un des premiers apports importants des Etats-Unis : le DRG (*diagnosis related group*), approche de mesure du niveau de ressources utilisées par épisode de soins hospitaliers, adoptée dans plusieurs pays. À noter que le DRG provient d'un des rares programmes universels américains (*Medicare* pour personnes âgées). Le DRG a été introduit pour des motifs d'équité (variations de facturation) et d'efficience (ex. : réduction des durées de séjour). Ce mode de paiement rétrospectif par cas (ex. : montant fixe pour une chirurgie donnée, peu importe le dispensateur) a radicalement transformé le comportement des centres hospitaliers, en particulier au plan des durées de séjour, y compris en gériatrie. Il s'est effectué un transfert vers le postséjour hospitalier qui semble faire maintenant l'objet d'un développement analogue du côté de la mesure du coût de l'épisode de soins (paiement prospectif en vigueur pour l'hébergement et prévu pour les soins à domicile et la réadaptation).

L'autre volet important de la présentation de Kane est ce qui est regroupé sous le terme de gestion intégrée (*managed care*), dont le développement dans les années 1990 est essentiellement dû à une volonté de contrôler les coûts. Les HMOs (*Health Maintenance Organization*) ont incarné une bonne part de cette gestion intégrée et ont eu un impact. Mais il impute largement leur apparente bonne performance à des biais de sélection (ex. : méthodes de recrutement) et à diverses stratégies de contrôle de coûts (sous-capitation, incitatifs aux médecins, autorisations préalables, *gatekeeping*, limitations de choix de producteurs, etc). Ces diverses actions ont été prises en réaction aux pressions des agents payeurs (employeurs et assureurs) pour limiter leurs coûts. On a également constaté que la gestion, qui se fait encore largement par points de services relativement autonomes, nuit aux soins intégrés.

Robert Kane insiste sur l'importance de la rapide domination du secteur à but lucratif, par rachat ou autrement. Les préoccupations de rentabilité de court terme tendent alors à dominer. En fait, les promesses que la gestion intégrée semblait porter ont été compromises par l'inadéquation des conditions structurelles en place, en contexte américain.

Il retient également qu'il n'est pas rentable d'appliquer la gestion de cas (*case management*) à tous les usagers et que la gestion par épisode de soins ne domine pas encore celle basée sur des interventions spécifiques. Les guides de pratique et les mécanismes d'autorisation préalables ont également perdu de leur popularité, les coûts pouvant dépasser les bénéfices.

À son avis, le principal défi auquel fait face la Commission sera : Comment organisons-nous la prestation des soins (*How do we deliver care?*), avec une bonne part faite à un ensemble cohérent d'incitatifs.

Période de questions avec Robert Kane

- Assez réservé sur la dimension compétition, Robert Kane voit dans la prédominance actuelle des maladies chroniques une opportunité de type gagnant-gagnant pour les dispensateurs (innovation, efficience), les payeurs (contrôle de coûts) et les consommateurs (services dans le milieu).

« Caisses d'assurance maladie et d'assurance dépendance en Europe : quelques exemples européens »
Francis Kessler (France)

En lien avec Richard Saltman, Francis Kessler insiste d'entrée de jeu sur l'importance du nouveau contexte européen qui joue sur l'offre de services et favorise une certaine homogénéisation entre les systèmes nationaux.

Francis Kessler rappelle l'importance de l'histoire dans la construction d'un système de soins, dont celui des caisses, qui constituent la plus vieille forme de système public. En 1883, l'Allemagne innove en rendant obligatoire l'adhésion à l'une des caisses, dont plusieurs existaient déjà (via les associations de travailleurs ou de gros employeurs). On a simplement poursuivi ce modèle initial en le généralisant progressivement. Elles présentent aujourd'hui les caractéristiques suivantes :

- Ces caisses visent d'abord les salariés et leurs familles. Les autres catégories ont été progressivement couvertes par assimilation à des catégories existantes, ou en dernier recours, directement par l'État.
- La gestion est paritaire (employeur/employés, sous supervision étatique).

- Les prestations sont fixées maintenant par le législateur, ce qui tend à uniformiser les contributions. La gestion se fait d'autre part par les caisses et non directement par l'État.
- Le financement se fait par un prélèvement d'un pourcentage (mention de 7 % pour la part du salarié en Allemagne) sur le salaire, assumé également par l'employeur et l'employé. Maintenant une composante impôt tend à s'ajouter.
- Il y a une déconnexion, entre les cotisations variables selon les individus et les prestations fixes.

L'Allemagne a tenté une compétition entre caisses publiques, en décloisonnant l'appartenance automatique à une caisse donnée. L'évaluation de cette nouvelle concurrence donne un portrait très mitigé, cohérent avec celui dressé par Saltman. Cet échec est présenté comme résultant possiblement de fortes résistances aux mécanismes de concurrence, en particulier dû au fait de l'influence des organisations professionnelles, qui contrôlent les principales caisses, sur leurs membres.

Les modes de relation avec les dispensateurs varient d'un pays à l'autre. Il s'agit généralement de relations collectives et non individuelles avec les producteurs (ex. : médecins). Par exemple, le non-agrément de nouveaux médecins est utilisé pour réduire l'offre de soins par des caisses en Allemagne, alors que les médecins s'installent où ils veulent et sont rémunérés à l'acte au Luxembourg.

Francis Kessler signale que la participation aux coûts par les usagers est une tendance assez marquée dans ces pays (Allemagne, France, Luxembourg), mais surtout en France.

Faute de temps la question de l'assurance de longue durée est à peine esquissée. Il mentionne toutefois que l'assurance longue durée allemande ou luxembourgeoise s'adresse aux personnes de tout âge, incapables d'assurer eux-mêmes leurs soins quotidiens, ainsi qu'à leurs proches. Elle leur permet soit de bénéficier de certains services publics tels les services à domicile ou l'hébergement ou de se payer eux-mêmes certains services auprès d'organisations caritatives ou privées et même d'aidants naturels, incluant des membres de la famille. Il souligne qu'on a réussi à mettre un fort accent sur l'autonomie des personnes et la priorité du maintien à domicile.

Période de questions avec Francis Kessler

- Si l'ensemble des caisses est en déficit, l'État comble la différence. Auparavant, on met en place des mécanismes compensatoires entre caisses en surplus et en déficit.

PANEL ET ÉCHANGE AVEC LE PUBLIC

Le premier point longuement soulevé lors de la période de question est celui du rationnement, non évoqué durant la journée malgré la référence explicite de l'OMS. Divers éléments sont mentionnés :

- Il n'y a pas encore un climat propice au Canada pour parler ouvertement de rationnement.
- On peut distinguer trois formes de rationnement (à l'égard de groupes ciblés dont surtout le déni de certains services spécialisés pour les personnes très âgées, par type de services en réorientant les patients ou privilégiant diverses prestations, via par exemple la non-couverture des services d'hôtellerie en courte durée, ou carrément par liste comme dans le cas de l'Oregon). Ce rationnement peut être implicite, par les professionnels, au cas par cas, ou explicite, par les décideurs.
- Le rationnement tend à jouer contre le bas de la pyramide sociale.

Sur la question des approches progressives versus celles dites de *Big Bang*, distinction initialement introduite par Saltman, il ressort l'importance de la vision *Big Bang*, donc la dimension politique, alors que l'implantation est progressive (ex. : cas anglais).

Le % du PNB consacré à la santé devrait graduellement augmenter jusqu'à atteindre les pourcentages européens à mesure que le vieillissement de la population s'accentuera. Le financement par des ressources nouvelles (ex. : taxes dédiées), constitue également une tendance lourde des prochaines années.

Sur la question des trois objectifs de l'OMS (santé, réactivité, financement), Decter ne pense pas que le Canada va s'éloigner de la division actuelle du financement des services entre 70 % de source publique et 30 % via les dépenses privées. Le Grand mentionne que l'Angleterre semble considérer la constitution d'un fonds santé et il en profite pour mettre de l'avant, pour le Québec, l'idée d'adapter le *fundholding*, où les soins primaires ont un budget dédié. Kane signale le potentiel et les ouvertures actuelles vers la substitution de professionnels (médecins/ infirmières cliniciennes, infirmières/ auxiliaires, etc.), via la délégation d'actes aux États-Unis. Le tout contribue à l'utilisation optimale des ressources. Il insiste aussi sur les questions de l'instauration d'une responsabilité envers une clientèle et de liens précis entre clients et dispensateurs (dimensions quasi absentes en système canadien).

Finalement, une remarque est émise par une participante sur la quasi absence des services sociaux tout au long de la journée, sauf quant à la question de la longue durée. Un débat suit sur la pertinence de lier santé et social. Kane est le plus réservé sur la question (parabole du lion et de la brebis) et privilégie une coordination, plutôt qu'une intégration.

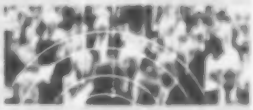
SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Jean-Louis Denis (Québec)

- Par opposition à ce qui a été présenté, les réformes québécoises ont été orientées sur un type précis de structure (fusion, régionalisation), mais avec une faiblesse sur les volets incitatifs (un point présenté comme majeur aujourd'hui), où on accuse toujours un fort retard.
- La gestion intégrée offre un potentiel (ex. : Angleterre), mais à condition de l'introduire dans un cadre cohérent (ex. : succès mitigé aux États-Unis).
- Importance des questions d'imputabilité et de l'information sous forme de système ou de rétroaction donnée aux usagers.
- Les médias constituent présentement une source privilégiée d'information, mais peuvent créer de la distorsion.
- Il n'y a pas un seul mécanisme mentionné aujourd'hui (ex. : incitatifs via rémunération, capitation, achat de services), qui ne puisse être introduit pertinemment en système public.
- Sur ce qui semble cependant possible ici à court terme : 1) à tout le moins une vision politique cohérente (notre *Big Bang* encore absent), 2) des expérimentations avec une « idée » sur les suites à donner et 3) explorer si nos médecins sont prêts à gérer un budget.
- Si on ne peut reculer sur le prix des ressources, ce qui pourrait expliquer notre trentième rang, alors on doit miser sur le paiement de la performance.
- La question du rationnement et de choix explicites pour soutenir notre système reste une grande interrogation.
- On peut réaliser de forts gains en jouant sur les mécanismes d'allocation de ressources et les agencements organisationnels.

FORUM 2 11 SEPTEMBRE 2000, MONTRÉAL

EXPÉRIENCES D'AUTRES PROVINCES CANADIENNES



LA SASKATCHEWAN
"Quality, Money and Accountability in Health Care : Views from the Saskatchewan Commission on Medicare"
Patrick Fafard 341

L'ALBERTA
"Opportunities and Challenges Related to Regionalization of Health Services in Alberta"
Jack Davis 344

L'ONTARIO
"Health Services Restructuring in Ontario"
Duncan Sinclair 347

Panel 349

Synthèse et conclusion
David Levine 351

EXPÉRIENCES D'AUTRES PROVINCES CANADIENNES

LA SASKATCHEWAN

"Quality, Money and Accountability in Health Care : Views from the Saskatchewan Commission on Medicare"

Patrick Fafard (Saskatchewan)

Éléments de contexte

Certaines caractéristiques de la province de Saskatchewan ressortent dont la proportion de personnes âgées la plus élevée au Canada (14,5 %), une population dispersée, souvent en région rurale ou éloignée, et l'importance d'une communauté autochtone jeune et en croissance (11.4 % de la population), dont l'état de santé est problématique.

Le problème de pénurie d'effectifs médicaux est notable (moyenne de 1 médecin/694 habitants, versus 1/546 au Canada) avec de forts problèmes de recrutement. La province recrute beaucoup hors frontière (1/3 des effectifs) et a une difficulté à garder les médecins hors des deux centres urbains majeurs (Saskatoon et Regina) car les conditions de travail sont difficiles, surtout pour les spécialistes. La pénurie s'applique aussi aux infirmières.

On éprouve les classiques problèmes de variations de pratique (*small areas variations*) ce qui conduit à une interrogation sur la pertinence des allocations budgétaires.

Les coûts sont en croissance, de façon supérieure aux revenus. Les dépenses publiques représentent 75 % des dépenses totales, possiblement à cause de la présence du gouvernement fédéral dans le dossier autochtone, et on note un plus fort pourcentage du PIB consacré globalement à la santé (10,4 %) que la moyenne nationale.

Réformes au cours des dernières années

La réforme de la Saskatchewan a conduit à fermer ou changer la vocation de 52 petits centres hospitaliers (impact significatif sur les milieux surtout au niveau de l'emploi et l'activité économique). Il en reste 70. Selon les études effectuées, il ne semble pas y avoir eu d'impact négatif sur l'état de santé de la population.

La province est divisée en 32 *Health Districts et une Regional Health Authority*, dans le nord, pour une population d'un peu plus d'un million d'habitants. Ces districts gèrent directement les services sous leur responsabilité, les conseils d'administration (CA) d'établissements n'existant plus. Tout comme au Québec, les interrogations portent actuellement sur le nombre et la taille des districts (mais pas le découpage, ici problématique), les rôles respectifs du ministère et des districts et la question du paiement des déficits.

Les médecins pratiquent grandement en marge des districts et il reste à les impliquer dans des réseaux de services intégrés (ce point reviendra en Alberta et Ontario). Il n'y a donc pas de réel système organisé de soins primaires. Il existe tout de même 13 *Primary Care Sites* intégrés en Saskatchewan.

The Commission on Medicare

Une Commission analogue à celle formée au Québec a été mise en place. Les questions tournent autour du financement (combien et prélever où/comment), l'équilibre entre qualité et accès (surtout un problème rural) et le développement des soins primaires. On observe actuellement les classiques questions de manque d'imputabilité, d'une gouverne encore mal établie et d'une demande grandissante. Tout dépendant du groupe d'intérêt, les solutions proposées tournent autour de : 1) plus de lits, plus de personnel versus 2) meilleurs soins d'urgence et *Evidence Based Medecine*, combinée à une recherche d'efficience. L'équilibre entre la centralisation, surtout à Regina et Saskatoon, pour des motifs de qualité, lié à une masse critique et la répartition sur le territoire pour des motifs d'accès est une question délicate. Dans tous les cas, il y a une demande générale pour avoir plus de dispensateurs, partout.

Il ressort que les districts ont actuellement divers moyens, dont une capacité à déplacer des ressources financières, mais la population et les conseils d'administration composés à 50 % de membres nommés et à 50 % d'élus, ne sont pas toujours sur la même longueur d'onde. Ceci ouvre la porte à un retour à une ingérence provinciale qui semble s'accentuer. La très faible participation de la population (moins de 10 % votent), tout de même largement supérieure à ce que l'on retrouve au Québec, donne une faible légitimité. D'ailleurs avant d'opter pour des conseils d'administration élus ou nommés à 100%, il conviendrait de clarifier les rôles et fonctions de ces organismes.

Période de questions avec Patrick Fafard

Il ressort que les districts sont financés via un per capita ajusté pour l'âge et le sexe, avec une responsabilité de population. Des programmes ciblés d'envergure provinciale (ex. : vaccination) font en plus l'objet d'un financement supplémentaire spécifique. Mais le lien avec les médecins reste à établir, car la rémunération à l'acte demeure difficile à concilier avec l'intégration des services. Or les médecins sont la clé. Au mieux, dans diverses expériences de soins primaires, ils demeurent « neutres ». Une compétition perverse s'est développée entre districts pour attirer les médecins.

Pour contrôler les coûts, les districts disposent de moyens théoriques. On espère également des économies de la façon dont les médecins utilisent les autres ressources du système (ex. : médicaments).

L'ALBERTA

"Opportunities and Challenges Related to Regionalization of Health Services in Alberta"

Jack Davis (Alberta)

Éléments de contexte

La réforme albertaine a aussi été lancée en contexte de déficit, ce qui a accentué les difficultés pour introduire des changements. Mais l'arrivée d'une nouvelle philosophie au gouvernement (équipe de Ralph Klein), ayant clairement annoncé ses couleurs, a imprimé une poussée et une vision précise, en un temps record. Il n'y a pas de système idéal et diverses erreurs furent faites, mais tous reconnaissent que le changement devait avoir lieu.

Le rôle du gouvernement est maintenant axé sur l'établissement de politiques et standards, ainsi que la mesure des résultats, plutôt qu'autour de la gestion courante et de la fourniture directe des services. Dix-sept *Regional Health Authorities*, ainsi que deux *Provincial Health Authorities* pour le cancer et la santé mentale, ont ainsi été créés. Il en est résulté une diminution dramatique du nombre d'acteurs, via l'élimination de l'autonomie juridique et des CA, des établissements de santé. Des Children Service Authorities existent également en parallèle pour les services à la jeunesse.

Jack Davis insiste sur le manque d'imputabilité (thème récurrent des 2 jours) et la faiblesse des systèmes d'information, malgré le fait que l'Alberta soit une des provinces les mieux dotées à cet effet au Canada. Il insiste aussi sur l'importance des résistances organisationnelles (persistance des « cultures » des anciens établissements), même si des gains semblent enregistrés.

Calgary Regional Health Authority

L'autorité régionale via les installations et points de services qu'elle gère directement, constitue le point d'entrée pour les habitants de la région, jumelé à un système d'admission unique. La région de Calgary est dirigée par un CA de 16 membres, tous nommés, et couvre toutes les installations (anciens établissements) du territoire. Il est alors possible de faire une bonne planification (sur 3 ans) et de procéder à une forte intégration managériale. Les liens se font par des approches de programmes sur diverses problématiques (ex. : soins à domicile) et clientèles (ex. : personnes âgées en perte d'autonomie).

Le financement se fait selon une formule de *per capita* ajusté selon diverses variables (âge, sexe, statut socio-économique). Il signale que les silos de financement tendent alors à disparaître. Un financement spécifique est également accordé dans le cas de Calgary et Edmonton pour certains programmes ultraspécialisés (ex. : transplantations). Ceci évite un risque économique démesuré pour les petites régions, car on fonctionne selon une formule d'import-export, dans le cas où il y a mobilité de clientèle. C'est la région d'origine qui assume les coûts de consommation de services généraux et spécialisés, dans une autre région, pour ses résidents. Edmonton et Calgary absorbent les 2/3 du budget provincial, les 15 régions restantes, se partageant le reste.

Tout comme en Saskatchewan, le corps médical demeure un peu en marge, ne relevant pas des régions. Il semble hors de question de les considérer comme « employés » d'une autorité régionale. Malgré tout on signale diverses initiatives vers les soins primaires.

Considérations pour le futur

Des investissements massifs dans les technologies de l'information et les équipements médicaux spécialisés seront requis. Selon Jack Davis, cela devrait s'avérer plus facile au sein de grands ensembles que pour des acteurs isolés. Une consolidation encore plus grande est donc prévisible.

Bill 11

Sur la controversée Loi 11 du Premier ministre Klein, Davis mentionne qu'elle déborde largement le seul caractère spectaculaire des contrats avec des cliniques privées et se distingue surtout par les principes qui encadreront cette pratique : 1) l'exclusion faite du but lucratif 2) l'encadrement des procédures chirurgicales et diagnostiques se développant hors du système public (un phénomène présent au Québec) 3) les précautions entourant d'éventuels contrats (ex. : démonstration du besoin/pertinence) et 4) la transparence. Au total, il considère que ce fut surtout un débat idéologique où la réalité des faits est passée en second.

Période de questions avec Jack Davis

Existe-il une masse critique suffisante dans les petites régions pour assumer leur rôle ? Oui, avec les adaptations nécessaires, mais cela peut poser problème dans certains cas. Il

faut aussi noter que toutes les régions n'offrent pas la gamme complète des services. Pour ce qui est des CA des régions, le conférencier laisse entendre qu'on se dirige vers des CA composés en partie d'élus (ex. : 2/3). À son avis, les députés au niveau provincial vont continuer à interférer avec les CA régionaux, tant que nous serons en démocratie parlementaire. Il y a aussi le danger d'une perte de contact entre les CA des régions et la population. On a créé des *Community Health Councils*, aviseurs aux autorités régionales, pour recueillir son avis. Mais ce qui importe le plus aujourd'hui, c'est la communication avec le public. Il reste à voir comment communiquer adéquatement avec les citoyens.

Sur la question de la Loi 11, Jack Davis réaffirme le cadre général et englobant de la loi, en particulier envers les zones grises (ex. : examens diagnostics « payants » permettant de contourner les listes d'attente). Il reconnaît que la compétition peut devenir négative, mais maintient qu'il est pertinent d'en avoir, tant qu'on demeure dans un système public (idée du *internal market*). Il n'est d'autre part pas très chaud à l'idée d'aller aussi loin que le *fundholding*. Il espère que des liens adéquats pourront être établis avec les médecins sans cela, mais s'interroge sur le comment.

Du fait que les régions sont responsables de leur clientèle et qu'il existe entre les régions une relation d'import/export pour les services réguliers, excluant l'ultraspécialisation, il y a donc des transferts. Ceci a, à tout le moins, permis une meilleure connaissance des coûts unitaires et créé un incitatif à garder les clients. Quant aux risques de perte de contrôle sur les coûts et risques d'abus par des régions, qui attireraient indûment une clientèle externe, on compte beaucoup sur la bonne volonté des diverses régions pour y faire face. Enfin, l'existence d'autorités autonomes pour le cancer, la santé mentale et les services aux jeunes crée une complexité supplémentaire.

L'ONTARIO

"Health Services Restructuring in Ontario"

Duncan Sinclair (Ontario)

Commission de restructuration des services de santé (1996-2000)

La Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, présidée par le Dr Duncan Sinclair, fut créée en 1996 et termina ses travaux, tel que prévu, au printemps 2000. Jusqu'en 1999, elle jouissait d'une délégation de pouvoir complète de la part du gouvernement de l'Ontario quant à la restructuration des hôpitaux publics dans la province. Elle a avisé le gouvernement sur d'autres problématiques du système de santé, ce qui a constitué une partie moins médiatisée de son action. Ces avis complémentaires ont porté sur la réforme des soins primaires, la gestion des systèmes d'information, l'imputabilité et l'évaluation, ainsi que sur les services dans la communauté.

L'environnement s'est avéré favorable pour la Commission. Il était impératif de réduire le niveau du déficit et les hôpitaux constituaient l'élément le plus coûteux du système de santé. Un nouveau gouvernement, dirigé par le premier ministre Mike Harris, venait d'être élu et se méfiait de la bureaucratie en place. Pour ses travaux dans le domaine hospitalier, la Commission s'est inspirée du modèle de la *Closure Commission* américaine, chargée de réduire le nombre de bases militaires après la fin de la guerre froide. Elle a également établi le constat que le ministère de la Santé de l'Ontario mettait le focus sur l'administration courante et la gestion de crise, plutôt que sur le leadership général et la gouverne. Pour guider son action, la Commission a adopté une vision au départ et l'a constamment gardée en mémoire (*What are we trying to achieve?*).

Duncan Sinclair considère qu'après le premier coup de balai de la Commission de restructuration des services de santé, qu'il présidait, au niveau des services hospitaliers, la réforme ontarienne progresse trop lentement. Rétrospectivement, Duncan Sinclair considère que ce fut une erreur de ne faire porter son mandat que sur le secteur des services de santé, excluant ainsi les services sociaux, car il y a des répercussions entre les deux secteurs lors de réaménagements majeurs. Il reprend l'idée qu'il n'existe pas de réel système de santé en Ontario, du moins au sens d'ensemble organisé.

La Commission sur la restructuration des services de santé avait carte blanche et ceci fut respecté. Elle fut grandement soutenue par le gouvernement Harris. Un mécanisme

d'appel a été instauré, mais il ne jouait pas au niveau politique. Le plus gros problème auquel elle a été confrontée fut l'absence d'information pertinente sur ce qui se passe, sauf partiellement en centres hospitaliers. Son influence la plus spectaculaire, qui a mené à la fermeture ou au regroupement d'établissements, s'est principalement faite sentir en milieu urbain (14 fusions et 14 partenariats), avec deux préoccupations majeures : la qualité clinique et le rapport coûts-efficacité. S'est aussi ajoutée la dimension accès en milieu moins densément peuplé où on n'a pas fermé d'établissements, mais plutôt encouragé la constitution de réseaux de services régionaux.

Cette préoccupation première sur les CH fut possiblement la plus grosse erreur de la Commission, car Duncan Sinclair considère qu'ainsi on dépassait, pour le reste de la réforme, la période critique des 12-15 premiers mois d'un gouvernement, au delà de laquelle il devient difficile de faire induire des changements majeurs.

Deux principes les ont guidés en phase 1 (fermetures et regroupements) : personne à la rue et la capacité de pouvoir expliquer simplement à n'importe qui ce qui était mis de l'avant (*A man on the moon*). La phase 2 a porté sur la réforme des soins primaires, les systèmes d'information et les dimensions d'imputabilité et d'évaluation. Entre autres, la Commission a promu le concept de *Primary Care Group*, une équipe multidisciplinaire formée de médecins et infirmières, financée à partir des personnes s'y inscrivant de façon volontaire, ainsi que le concept de *Mental Health Agency* avec budget protégé. Les progrès sont lents et inégaux d'un endroit à l'autre à ce chapitre. Un projet de *Smart Card* est en expérimentation, des *Report Cards* ont été publiés sur certains services hospitaliers, des *Primary Care Groups* devraient bientôt être implantés. Aujourd'hui, il considère que cela aurait dû être la première étape pour réussir à construire véritablement un système intégré et s'éloigner d'une gestion par la bureaucratie ministérielle.

Considérations pour le futur

Il ressort que la décentralisation vers le régional puis le local est faible en Ontario, et ce, principalement à cause du casse-tête que constitue la région métropolitaine de Toronto avec sa concentration de population et de ressources difficiles à disséquer en ensembles gérables.

Duncan Sinclair insiste sur l'importance de la vision (savoir où l'on va et le faire connaître) comme condition préalable à toute réforme d'envergure. D'ailleurs, une des carences

actuelles lui semble être au niveau du leadership. Sa Commission n'a pas sauvé d'argent mais déplacé des fonds. D'ailleurs, au total, les additions de fonds (réinvestissements de 2,2 milliards en services communautaires et à long terme, et 2 milliards en immobilisation) furent plus considérables que les coupures (économies de 1,1 milliard).

Au niveau de la gestion, cinq points apparaissent cruciaux et actuellement absents ou déficients : un système d'information adéquat et une information pertinente, l'imputabilité (envers les usagers et les citoyens), l'efficience, l'équité et la qualité. Selon lui, les soins primaires devraient avoir barre sur le reste du système (idée analogue à celle de fundholding); ce serait d'ailleurs une occasion d'ouvrir sur les professionnels autres que les médecins.

Période de questions avec Duncan Sinclair

En lien avec les deux présentations précédentes, il signale que sans les contraintes budgétaires, les choses n'auraient pas changé aussi radicalement.

David Levine (président de séance) ajoute que les fusions et regroupements ont toutefois engendré des mouvements de personnel massifs ainsi qu'une réorganisation majeure des organisations. À cause du régime de négociations locales qui prévaut en Ontario, l'impact en termes de temps, d'énergie et de coûts, s'est avéré très important pour les établissements. Il fait ressortir, dans ce contexte, l'avantage de négociations centralisées, comme au Québec, et souligne qu'un gouvernement devrait mettre à la disposition des acteurs, les moyens de supporter les réformes qu'il initie.

PANEL

David Levine fait ressortir les variantes possibles dans les approches reposant sur une régionalisation pouvant aller de quasi nulle (Ontario) à très forte (Alberta).

Pour Duncan Sinclair, la taille idéale d'une région se situe quelque part entre 100 000 et 500 000 habitants, selon les conditions existantes. Une taille supérieure entraîne un éloignement trop grand entre groupes d'intérêt et décideurs. Il ne préconise pas la fin de l'existence juridique des établissements. Il serait suffisant qu'ils soient obligés de passer par une autorité régionale, plutôt que de transiger directement avec le ministère de la Santé.

Patrick Fafard signale que dans sa province, la régionalisation fut plus une centralisation (perte des CA et d'autonomie locale), en regard du local, qu'une réelle décentralisation du central et que relativement à la taille idéale se posent aussi les questions d'homogénéité et de distances.

Jack Davis, fort de l'expérience albertaine, privilégie la centralisation des CA des divers établissements autour du seul CA d'une région. Il insiste sur la nécessité de bloquer les voies de communication directes entre les établissements et le Ministère. Sur l'introduction de mesures de performance, Jack Davis signale certaines initiatives albertaines (connaissance des coûts unitaires de certains épisodes de soins), alors qu'en Saskatchewan cette question semble laissée aux CA des districts.

Duncan Sinclair mentionne certaines faiblesses actuelles dont l'absence de système intégré et le manque d'adaptabilité, alors qu'on a besoin de variance possible. Pour l'Alberta, Jack Davis mentionne la nécessité du leadership et d'un management adéquat. Il rappelle de plus qu'il y a beaucoup de revenus individuels mis en cause par des réformes. Les réactions sont conséquentes.

Sur une question demandant comment il se fait qu'on soit encore au point mort sur la question de l'information de gestion, après 25 ans de réformes, certaines nuances sont apportées entre l'existence de données macro et la difficulté de faire un lien pour la gestion et le micro. Les membres du panel s'entendent pour dire que sans dévolution et un bon soutien par des systèmes d'information, il n'y aura pas décentralisation.

Enfin, Patrick Fafard mentionne que l'introduction d'une forme de compétition à l'intérieur du système public peut s'actualiser sur des territoires suffisamment peuplés, mais demeure théorique en région rurale ou éloignée où certains producteurs se retrouvent en situation de monopole de fait.

Comment les systèmes peuvent-ils s'ajuster aux besoins de la population ? Les experts s'entendent sur le fait que cela peut mieux se faire au niveau régional et local. D'autre part, tant que les services de santé seront essentiellement associés aux médecins et aux hôpitaux pour la population, il sera difficile de privilégier d'autres façons de faire.

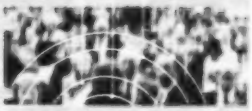
SYNTHÈSE ET CONCLUSION

David Levine

Selon David Levine, il incombe de séparer le rôle du gouvernement de celui du réseau de distribution de soins. Globalement, l'état de santé de la population ne s'est pas détérioré, mais il y a beaucoup d'insatisfaction, surtout concernant l'accessibilité. Les problématiques actuelles majeures sont la pénurie ou l'insatisfaction du personnel, de même que l'intégration incomplète des composantes du système.

FORUM 3 18 SEPTEMBRE 2000, QUÉBEC

ORGANISATION DES SERVICES ET GOUVERNE



Intégration et continuité des soins au Canada
"Creating a Real System : Teamwork and the Continuum of Care"
Duncan Sinclair 353

« Intégration et continuité des soins : perspective québécoise »
Paul Lamarche 355

Les services de première ligne en Ontario
"Enhancing Primary Health Care in Ontario"
Walter Rosser 357

« L'organisation des soins médicaux de première ligne au Québec : patiente évolution ou nécessaire révolution ? »
Bernard Millette 358

L'imputabilité
"Preparing a Foundation for Health System Performance Accountability"
Peggy Leatt 361

« L'imputabilité dans le contexte du système de santé au Québec »
Jean Turgeon 362

La décentralisation
"The Regionalization Mosaic : what kind of picture is it ?"
Denise Kouri 364

« Décentralisation : perspective québécoise »
Jean-Claude Deschênes 366

L'organisation des services pour les personnes âgées
"Best Practices for Organizing a System of Community Based Care"
Marcus Hollander 367

« Dix ingrédients essentiels à la réussite des services de santéà destinés aux personnes âgées vulnérables du Québec »
Paule Lebel 368

Synthèse et conclusion
Paul Lamarche 370

Intégration et continuité des soins au Canada
"Creating a Real System : Teamwork and the Continuum of Care"
Duncan Sinclair (Ontario)

Malgré les réformes des dernières années, de l'avis de monsieur Duncan Sinclair, comme toute province canadienne, l'Ontario n'est toujours pas dotée d'un réel système de soins et services, au sens d'ensemble organisé. En fait, en dehors de la restructuration des centres hospitaliers, peu a été fait.

Sur des points majeurs, le bilan suivant de réformes ontariennes souhaitables peut être établi :

- Grands centres urbains : oui.
- Santé mentale : hésitant, certains points positifs.
- Systèmes d'information : non, mais la carte santé est évoquée.
- Soins de longue durée : oui, mais seulement en termes d'allocation de fonds qui se fait en fonction du nombre et de la « lourdeur » des usagers, selon une formule d'évaluation uniforme.
- Soins de santé primaires : non, malgré certains signes récents encourageants, dont la signature de la dernière entente avec l'Association médicale de l'Ontario, qui ouvre la porte à une nouvelle organisation des soins primaires.
- Imputabilité : non.
- Intégration : non.

De plus, les usagers restent dépourvus d'information sur les options possibles ou les choix en termes de qualité.

Trois des principales sources de problèmes peuvent être identifiées :

- Le focus du système demeure axé sur les dispensateurs, ceci découle en bonne partie de l'absence de responsabilités précises envers une clientèle donnée.
- La crainte chez les dispensateurs de se retrouver coincés dans un système plus ou

moins bureaucratique, avec une perte d'autonomie. Dr Sinclair admet que cette crainte a un fondement.

- Le maintien des divers silos de financement et la gestion bureaucratique actuelle (*rulebook*).

Le terme intégration lui semble chargé (*scaryword*) et risque d'être accueilli avec méfiance par certains. Il préfère lui substituer celui de coordination pour établir un continuum de soins/services et créer une synergie pour obtenir une meilleure productivité.

En accord avec l'auteure Peggy Leatt, il considère que 6 points sont majeurs pour aller où nous disons vouloir aller :

- **Focus sur l'usager**
  Pour dépasser le simple slogan, ceci implique toutefois un certain nombre de conditions dont une capacité de mesurer ce qui se déroule entre dispensateurs et usagers, donc diverses formes de résultats.
- **D'abord organiser les soins primaires**
  En Ontario, ceci se concrétise avec la proposition de *Primary Care Groups* où l'on tente de faire jouer tous les dispensateurs de soins primaires, avec comme pivots, les médecins de famille et infirmières. Ce sont ces entités qui sont rémunérées sur une base de groupe et non chaque professionnel qui en fait partie. Une cible avouée est la disparition des cabinets « solo » de médecins et la marginalisation de la rémunération à l'acte.
- **Utilisation de la technologie et partage d'information**
  Il est important que soient enregistrés, au minimum, tous les contacts usagers/système, y compris pour la rémunération à salaire ou à forfait. Ceci est présentement absent en Ontario comme au Québec, y compris dans nos CLSC. Parler de sous-financement est actuellement un peu vide de sens, car nous ne savons pas si nous en avons pour notre argent. Le dossier unique semble aussi une pièce majeure permettant d'établir un lien entre les professionnels. Les nouvelles possibilités technologiques offrent un potentiel pour soutenir, à distance, les médecins ou même offrir divers services (ex. : télémédecine).
- **Créer des réseaux locaux**
  Diverses avenues sont possibles, certaines par pathologie ou d'autres par clientèle, mais Duncan Sinclair est revenu à plusieurs reprises contre le « *one size fits all* », défini rigidement. La communication entre les acteurs est plus importante que de

savoir qui contrôle les actifs. En fait, il faut récompenser ceux qui collaborent et briser les silos de financement. L'inscription volontaire (*rostering*) de clientèle semble un point majeur pour respecter la liberté de choix du citoyen. Il privilégie une stratégie bottom up, originant des milieux et de leurs priorités.

- **Un financement sur les besoins et non historique**
  Duncan Sinclair s'avoue attiré par le paiement par capitation comme mode dominant, mais pas nécessairement exclusif.
- **Une capacité à mesurer et évaluer**
  Bien qu'un grand bout de chemin reste à faire pour avoir des résultats significatifs, informant l'administration et les consommateurs, il est possible de développer l'imputabilité (ex. : via scorecards).

« Intégration et continuité des soins : perspective québécoise »
Paul Lamarche (Québec)

Paul Lamarche note en premier lieu que la lecture de la situation ontarienne effectuée par Duncan Sinclair s'applique grandement au Québec.

Sur la question du focus qui doit se déplacer des dispensateurs vers les usagers, il signale que c'était déjà le message majeur du rapport Rochon (1987). Mais il reconnaît que les facteurs structuraux, qui font que la situation est ce qu'elle est, ont été peu affectés en 13 ans de réformes : en particulier les modes d'allocation de ressources et l'étanchéité des silos de financement. « L'argent suit encore le béton et non le client ». En fait, c'est sur le terrain, par la bonne volonté des dispensateurs, que surgit une préoccupation envers les usagers.

Sur la question des soins de première ligne, le consensus semble clair et quasi unanime. Le Québec détient un atout avec les CLSC que Paul Lamarche voit comme ayant une responsabilité de population, parce que géographiquement définis. Il reconnaît cependant que la multiplicité des portes d'entrée et l'absence de hiérarchisation des soins requerraient une limitation dans les points de contact. Paul Lamarche souligne d'autres obstacles dont la domination de la rémunération à l'acte, mais aussi celle fixe en CLSC, sans contrepartie d'information minimale. Les lacunes en termes d'équipements technologiques de base ou d'heures d'ouverture et les « guerres » d'idéologie constituent autant d'entraves.

Il lui semble important :

- **De créer une structure de gouvernance;** le Département régional de médecine générale (DRMG), qui se met finalement en place dans chaque région, semble offrir un potentiel.
- **De donner un poids financier aux choix exercés par les usagers (« l'argent suit le client »)**; ceci altérera cependant la liberté de choix actuelle et la rémunération des médecins à l'acte, du moins comme mode dominant.
- **D'avoir des incitatifs financiers cohérents**; un peu selon l'approche anglaise (ex. : primes à des groupes de dispensateurs pour divers objectifs, comme la vaccination).
- **Un partage de l'information entre professionnels**; semble absolument requis, là-dessus on ne peut que déplorer l'état actuel des systèmes d'information. Il mentionne d'ailleurs que les fusions toutes azimuts pratiquées ces dernières années, comme étant des objectifs en soi et non des résultats de démarches axées sur les services ont a) rendu les dispensateurs allergiques au mot coordination b) eu des résultats douteux et c) affaibli encore notre information.
- **Financement par population cible**; Paul Lamarche se dit en parfait accord avec Duncan Sinclair, mais semble toutefois préférer une modalité, selon la population résidant sur le territoire, plutôt que selon le nombre d'enregistrements volontaires et surtout contre les silos de financement.
- **Carte santé unique**; lui semble un outil important pour permettre de créer l'information requise (lien aussi avec imputabilité). Il importe aussi de disposer de données comparatives avec les autres provinces canadiennes, ce qui implique une participation aux efforts canadiens actuellement entrepris.

Étapes de mise en œuvre :

1- Intégration des budgets RAMQ et établissements.

2- Allocation des budgets régionaux et locaux selon per capita de la population résidente.

3- Mise en place d'un réel réseau de première ligne.

4- Incitatifs à l'intégration des services au niveau local. Ces incitatifs porteraient sur les résultats, le choix des moyens étant laissé aux acteurs locaux.

Période de questions avec Duncan Sinclair et Paul Lamarche

Il ressort que la résistance en Ontario provient des médecins, surtout de grandes villes, qui ont des appréhensions (ex. : perte d'autonomie, changement de style de pratique). On note aussi certaines objections à l'émergence des infirmières cliniciennes (*nurses practitionners*) et au rôle accru qu'on veut leur faire jouer.

Il sera difficile de gérer toute forme de confinement avec le découpage actuel des régions, surtout en zone métropolitaine.

Les services de première ligne en Ontario
"Enhancing Primary Health Care in Ontario"
Walter Rosser (Ontario)

D'emblée, Walter Rosser signale que ce qu'il va exposer constitue la position du Collège des médecins de famille ontariens (6000 membres sur 8500 médecins de famille ontariens) et non simplement son opinion personnelle. Leur démarche résulte simplement de l'insatisfaction des médecins de famille face à un système qui ne les supporte pas ou recèle des incitatifs négatifs (incitatif au volume, absence d'information et de liens, pratique isolée, rétrécissement de la pratique, fragmentation, entre autres, par les *walk-in clinics*, mauvaise répartition des effectifs, déficit localisé de médecins). En fait, présentement, plus d'une centaine de communautés sont mal desservies, dont Windsor, ce qui montre que le problème n'affecte pas que des milieux très périphériques.

L'insatisfaction actuelle, plus que la question des revenus, en pousse plusieurs à émigrer vers les États-Unis. En conséquence, la médecine familiale devient une pratique moins populaire.

La proposition des médecins de famille ontariens (*Strategic Plan for Primary Care Reform*) a été rendue publique en 1999, après une période de consultations intensives, impliquant d'autres professionnels, telles les infirmières et sages-femmes. Elle fut ensuite approuvée par 85 % des membres. Elle définit un large panier de services (services ponctuels, reproduction, diagnostics, soutien en CH, 24/7, etc.). En fait, elle s'est révélée tellement similaire aux orientations développées par la Commission Sinclair que l'Association médicale ontarienne a parlé de « coucher avec le gouvernement ».

Leur proposition met de l'avant : le choix du patient, donc l'inscription de clientèle, la pratique de groupe (6-8 médecins), l'accessibilité 24 heures/ 7 jours via des systèmes de triage téléphoniques centralisés régionalement, le dossier unique, l'équipe multi-disciplinaire (place pour les infirmières cliniciennes, travailleurs sociaux, etc...), la rémunération mixte (forte composante de capitation, incluant divers facteurs dont la ruralité et à l'acte pour l'obstétrique, les urgences...) et une imputabilité envers un *Community Chief Physician* par région, rendue possible par les conditions précédentes.

Présentement, des négociations sont en cours avec l'Association médicale ontarienne et le gouvernement. On vise un plan sur 4 ans et on semble avoir réussi à mettre cette question des soins primaires à l'agenda, alors qu'au départ le gouvernement ignorait quasi cet élément. Point le plus marquant, un budget de 150 millions a été mis de côté pour développer ce nouveau modèle. Des groupes présenteront des propositions au ministère ontarien qui donnera son soutien, en particulier financier (boni de signature) et technique (ex. : systèmes d'information qui exigeront vraisemblablement des investissements de 750 millions de dollars à 1 milliard de dollars, plus le support pour les infrastructures à hauteur d'un milliard de dollars).

D'ici 4 ans, on estime que 80 % des médecins de famille participeront à ce nouveau modèle. Walter Rosser considère cet objectif très (trop) optimiste. Présentement, 8 sites pilotes sont à l'essai. On ne note aucune difficulté à faire signer les usagers (inscription), alors que ce point était redouté.

«L'organisation des soins médicaux de première ligne au Québec : patiente évolution ou nécessaire révolution ? »
Bernard Millette (Québec)

D'emblée, il signale qu'il partage les points de vue de Duncan Sinclair et de Walter Rosser. Il lui semble que se dégage aussi une certaine convergence au Québec (avis du Collège des médecins, du Conseil Médical, ouverture de la FMOQ). Même le sondage SECOR fait pour le compte de la FMOQ (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec) lui semble révéler un mouvement dans le même sens (72 % pour des réseaux, 43 % pour la rémunération mixte), même si les termes peuvent avoir des sens fort différents selon les groupes.

Bernard Millette reconnaît que les changements sont nécessairement lents à se produire. Il retient comme points majeurs à implanter :

- Priorité aux besoins;
- Médecin de famille, premier répondant;
- Complémentarité médecins et infirmières;
- Le besoin d'un dossier patient unique;
- Le support à l'auto-traitement;
- La nécessité de fidéliser la clientèle;
- L'exigence d'une responsabilité envers une clientèle définie;
- Les approches interdisciplinaires;
- Le besoin de systèmes d'information performants;
- Un mode de rémunération qui se doit d'être mixte;
- La nécessité d'une évaluation de la qualité.

Au préalable, on devra s'assurer que « l'argent suit le client » et partir des acquis que sont les CLSC et cabinets en les dotant des outils nécessaires. De plus, ne pas procéder par projets pilotes qui s'éternisent, mais passer à l'action tout en corrigeant en cours de route ce qui ne va pas. Un DRMG fonctionnel lui semble un outil intéressant pour concrétiser les principaux paramètres mis de l'avant par Duncan Sinclair et Walter Rosser.

Quatre conditions lui apparaissent requises au plan de la gestion centrale :

- Un plan de match.
- Un groupe-conseil externe pour l'implantation et le développement, pour des motifs de crédibilité, d'expertise et de leadership.
- Expliciter les objectifs et résultats à atteindre.
- Rendre « gagnants » les innovateurs et investir pour supporter les nouvelles pratiques.

Pour Bernard Millette, on doit faire l'intégration à partir des choix exprimés par les usagers envers ou les CLSC, ou les cabinets, ou agencements particuliers qui pourraient émerger.

Certaines conditions facilitantes doivent toutefois être instaurées au plan local :

- Des incitatifs économiques cohérents dont la rémunération mixte en fonction d'objectifs visés.
- Une meilleure répartition des médecins (évocation d'une forme de billing number).
- Rendre les innovateurs gagnants.
- Modifier le soutien à la première ligne par les 2ième et 3ième lignes. On devrait explorer sérieusement l'achat des services par la première ligne (idée du fundholding).
- Un apprivoisement médecins-infirmières et une ouverture aux infirmières cliniciennes, ainsi qu'au partage et à la mobilité de ressources entre CLSC et cabinets.
- Des incitatifs semblables, quel que soit le milieu.
- Faciliter l'autorégulation en dotant le DRMG de moyens.

Pour les usagers, la fidélisation implique une forme de confinement temporaire. En résumé, quatre points clés ressortent :

- Un groupe conseil;
- Une vision claire;
- Une stratégie cohérente;
- Des gains visibles à court terme.

Période de questions avec Walter Rosser et Bernard Millette

Shared Care Model : modèle intéressant de collaboration entre médecins de famille et spécialistes qui donnent de la formation et se rendent à la clinique où les premiers pratiquent.

Tenir compte de la réalité où les CLSC et cliniques sont financés tous deux par des fonds publics, n'équivaut pas à ménager la chèvre et le chou, mais plutôt à éviter des batailles de structure qui ne donneront aucun résultat.

Le médecin de famille est le même, mais un contexte de pratique différent (ex. : cabinet versus CLSC) induit toutefois des pratiques différentes.

Les incitatifs à poser des actes précis peuvent avoir un effet pervers si le patient sent que cela compromet sa relation privilégiée avec son médecin.

L'imputabilité

"Preparing a Foundation for Health System Performance Accountability"

Peggy Leatt (Ontario)

Actuellement, un important travail est en cours en Ontario. Pour Peggy Leatt, l'imputabilité se définit selon trois composantes : envers qui (populations et groupes-cible), par qui (fournisseurs de services) et de quoi (résultats obtenus en fonction des objectifs visés) ? De plus, il faut distinguer les différentes perspectives en cause.

La perspective des consommateurs peut être mesurée, par exemple, par des sondages. On note actuellement un certain malaise et une inquiétude envers les changements à venir. Les personnes plus âgées ressortent comme étant plus optimistes. Les principales préoccupations portent sur des craintes d'abus, d'ingérences politiques et du fait d'être bousculé (*to quick*). Les experts quant à eux privilégient un changement progressif (*no big bang*). Enfin, la perspective des décideurs peut être définie par la nécessité de communiquer une vision, l'élimination des silos de financement, la redéfinition des soins primaires, la mise en place d'incitatifs cohérents et la production et la gestion d'informations pertinentes.

Pour Peggy Leatt, le tout premier point est certainement l'existence et la communication d'une vision dont les valeurs sont affirmées. Elle insiste sur deux stratégies particulières : a) la gestion de l'information et b) un ensemble de mesures de la performance du système de soins.

L'information doit être fournie le plus près possible du temps réel et en assurant la confidentialité d'un dossier usager unique. Le consommateur a besoin d'information pour exercer des choix et comprendre comment se fait l'accès aux services. Les dispensateurs ont besoin d'un accès rapide à l'information concernant leurs clients et sur les dimensions coût-efficacité. Les gestionnaires ont besoin d'informations comparatives, d'évaluations et d'être dotés d'une habileté à utiliser l'information. L'administration centrale a besoin d'informations générales sur la santé de la population, de données factuelles et d'une compréhension au plan des coûts.

Actuellement, l'Ontario vient de lancer un plan sur trois ans impliquant des investissements de 750 millions de dollars à 1 milliard de dollars. L'accent est mis sur la mesure de la performance. Plusieurs nouvelles publications ont été faites sur diverses mesures de coûts ou de qualité comparant les centres hospitaliers *(report card, scorecard)* et ce mouvement n'ira qu'en s'accentuant.

En terminant, Peggy Leatt rappelle qu'en Ontario, la création d'un *Health System Improvement Council* a été recommandée. Ce corps indépendant des fournisseurs traditionnels et imputable au public, procéderait au monitoring des activités courantes ou de problématiques critiques (ex. : urgences), afin d'aider les consommateurs à prendre des décisions éclairées.

« L'imputabilité dans le contexte du système de santé au Québec »
Jean Turgeon (Québec)

L'imputabilité est un processus visant à tenir un individu ou une organisation responsable de sa performance. Être imputable, c'est être responsable, souvent vers le haut (supérieurs) et moins fréquemment vers le bas (clientèle, population).

Selon Jean Turgeon, en combinant un continuum portant sur l'autonomie des acteurs et un autre sur les sources des attentes ou du contrôle, il en découle quatre formes d'imputabilité :

		Attentes, contrôle	
		Interne	Externe
Autonomie	Faible	Hiérarchique	Légale
	Élevée	Professionnelle	Politique

Les rapports d'imputabilité peuvent quant à eux porter sur les intrants, le processus, les extrants et les effets à court et long terme. En croisant ces quatre derniers termes avec le caractère routinier ou non d'une tâche, on obtient un classement des diverses formes d'imputabilité. Ainsi, une tâche routinière amènera un contrôle sur l'utilisation des intrants et une imputabilité hiérarchique.

Une série d'acteurs interviennent dans le champ de l'imputabilité, à commencer par les gouvernements du Canada et du Québec qui se préoccupent beaucoup des intrants (ex. : ressources financières investies) et du processus. Le processus retient également une bonne part de l'attention des régies, des établissements et des médias, alors que les extrants retiennent davantage l'attention des établissements et des professionnels.

Le contexte actuel, autant au niveau fédéral que provincial, laisse voir un glissement du mode d'imputabilité hiérarchique vers des formes plus légales. Mais on ne voit pas se dessiner de démarches vraiment cohérentes vers des formes plus politiques, lorsque l'autonomie s'avère plus élevée.

Il y a un lien entre les principes d'organisation des services mis en oeuvre et le mode d'imputabilité pratiqué. De l'avis de Jean Turgeon, les efforts ontariens vont nettement plus loin qu'ici. Avec les démarches de type « l'argent suit le client », qui requièrent une information solide, l'imputabilité se développe vers les effets. On vise l'intégration des services dans la communauté selon un modèle centralisé ou faisant appel au réseautage (absence d'autorité spécialisée et corégulation des acteurs). Il s'agira alors de mesurer la performance et de rendre cette information disponible au client.

En fait, si « mesurer la performance » est un vieux discours au Québec, le développement des réseaux, comme en Ontario, permet de mettre de l'avant des objectifs qu'une entité ne peut atteindre seule. Les fusions à la québécoise n'équivalent pas à ces réseaux. La dimension comparaison lui semble essentielle. Il déplore en ce sens la tendance québécoise à se tenir en marge des efforts canadiens pour standardiser l'information et permettre des comparaisons interprovinciales ou internationales.

Le défi essentiel des prochaines années est d'imaginer de nouveaux rapports d'imputabilité professionnelle et politique, fondés sur les attentes des citoyens. Le danger persiste toujours de répondre davantage aux attentes des producteurs qui possèdent une expertise incontestée et sont constamment en contact avec les décideurs. Il insiste sur la

nécessité de donner les moyens allant avec les discours de responsabilité accrue. Cela veut dire que les nouveaux réseaux de santé seront imputables dans la mesure où ils disposeront d'une réelle marge de manœuvre. Ceci implique d'ailleurs le droit à l'erreur.

Période de questions avec Peggy Leatt et Jean Turgeon

Une seule mesure de la performance ne peut rendre compte de toute la réalité. Ces mesures pourraient varier d'un type d'organisation à l'autre. De même les incitatifs pour appuyer l'imputabilité existent, mais pas nécessairement les mêmes que dans le privé (perspective de fermeture ou faillite).

La décentralisation
"The Regionalization Mosaic : what kind of picture is it ?"
Denise Kouri (Saskatchewan)

« Regionalization is a necessary, but not sufficient condition of change »

Au Canada, on note actuellement de fortes variances d'une province à l'autre dans le recours à la régionalisation. Ainsi, le nombre de régions varie grandement, de même que le caractère élu ou nommé des membres des conseils d'administration et l'étendue de la responsabilité quant au financement et à la coordination des services sur un territoire.

Le mouvement vers la régionalisation a commencé à se développer dans les année 1980 et constituait une tentative de réponse à la fragmentation des services. En fait, à plusieurs endroits, ce fut beaucoup une centralisation, à l'échelle régionale, d'institutions (établissements) à caractère très local (ex. : Alberta, Saskatchewan). Au Québec, au contraire, on a tenté de faire coexister la régionalisation et la préservation d'une certaine autonomie locale. En général, la conséquence fut l'apparition d'une autorité unique responsable d'une vaste gamme de programmes, pour des services plus cohérents.

Paradoxalement, dans aucun cas, les médecins ne se retrouvent sous l'autorité d'une administration régionale. Cela explique en partie que l'organisation des soins primaires demeure problématique. Il arrive également que de plus en plus de fonds soient distribués de façon ciblée par le gouvernement, nonobstant l'autonomie théorique des autorités régionales. Il est à signaler que les autorités politiques provinciales semblent

plus sensibles ou vulnérables aux pressions diverses que les autorités régionales.

Le fait que les membres du conseil d'administration régional soient ou élus ou nommés ne semble pas changer grand chose dans les faits, lorsqu'on compare les diverses expériences canadiennes. D'ailleurs, même là où les CA sont élus, la participation des citoyens semble problématique. Elle pourrait davantage se matérialiser via des comités d'usagers, sondages ou *focus groups*, puisque les méthodes traditionnelles semblent inefficaces. Pour Denise Kouri, l'octroi d'un pouvoir de taxation régionale n'est pas une réponse adéquate à la problématique de la légitimité.

Au total, malgré l'absence d'évaluation formelle, Denise Kouri trace le bilan suivant :

- Succès accru de certaines opérations, résultant de certaines intégrations (ex. : vaccinations de masse).
- L'accent client semble un peu plus présent, mais il reste énormément de chemin à parcourir.
- On semble avoir enregistré certains gains de coordination.
- Les programmes semblent plus complets.
- Impact très nébuleux sur les résultats de santé. Il est peut-être trop tôt pour conclure.
- On a stabilisé les dépenses et réduit certains coûts administratifs.

Que reste-t-il à faire ?

- Évaluation systématique des résultats.
- Financement prévisible et stable.
- Clarification du rôle et du mandat des autorités régionales.
- Intégration des médecins dans le système et établissement d'un réseau de soins primaires. Il s'agit du plus grand défi à relever présentement.
- Établissement de standards et ajustement proportionnel du financement aux besoins de la population.

On pourra davantage parler d'imputabilité du « système » de santé, s'il y a une autorité imputable au plan régional.

« Décentralisation : perspective québécoise »
Jean-Claude Deschênes (Québec)

Jean-Claude Deschênes qualifie la décentralisation d'approche à géométrie variable dans le secteur de la santé. On entend par là indistinctement des mouvements de déconcentration, de délégation, de dévolution (ex. : municipalités) ou de privatisation (ex. : sous forme contractuelle). Tout comme Denise Kouri, il signale le caractère partiel du réceptacle territorial régional (ex. : non-inclusion des médecins) avec une récurrence du pouvoir ministériel. Les établissements, régies et corporations professionnelles constituent des hybrides complexes.

Un retour sur l'histoire de cette décentralisation illustre bien son propos. Claude Castonguay proposait en 1970, un nombre infiniment plus réduit de régions que ce que nous comptons aujourd'hui. En fait, on semble osciller constamment par faute de capacité ou de volonté politique. Au fil des ans, les changements ont constitué une première constante et les blocages institutionnels, une seconde. Comme résultat net, on a obtenu des ajustements à la marge, accompagnés de notoires pertes d'énergie.

Jean-Claude Deschênes pense qu'on n'a jamais sérieusement envisagé de décentraliser au niveau de la santé, en particulier par peur de pertes de pouvoir de la part d'instances centrales (gouvernement, MSSS, fédérations médicales, syndicats, associations professionnelles). Donner du pouvoir à un territoire signifie diluer ses propres pouvoirs pour ces instances. L'approche privilégiée a donc été celle des négociations centrales, des ajustements mutuels et difficiles, ainsi que de l'utilisation des crises (« *muddling through* », gradualisme). Enfin, l'absence globale d'un système d'imputabilité dans un régime public empêche toute évaluation significative.

Il manque nettement un concept organisationnel qui donnerait un sens. À son avis, le palier local serait le lieu de la responsabilité première et directe, selon un principe de subsidiarité et le premier niveau à considérer.

En résumé, le Ministère devrait respecter ses propres instances, revoir le nombre de régies et clarifier les éléments d'imputabilité. Pour les cabinets, leur intégration au réseau public passe probablement par des contrats et le mode de rémunération est à revoir.

Période de questions avec Denise Kouri et Jean-Claude Deschênes

Quelques interventions tournent autour de la pertinence des régies (existence même, nombre, mandats, découpage territorial).

La place des médecins de famille peut trouver une réponse adéquate dans la structuration des soins primaires.

Il n'y aura pas de régionalisation sans revoir le rôle (jeu) du Ministère. Malgré la volonté de décentralisation, la centralisation du financement implique automatiquement une « politisation » des décisions.

L'organisation des services pour les personnes âgées
"Best Practices for Organizing a System of Community Based Care"
Marcus Hollander (Colombie-Britannique)

Marcus Hollander axe sa présentation sur les *best practices* (cinq sont mentionnées). D'entrée de jeu, il corrige l'impression de désastre appréhendé découlant du vieillissement de la population. Le ratio de dépendance demeure relativement stable au fil des ans parce que la diminution des 0-14 ans compense pour l'augmentation des 65 ans et plus et, qu'à âge constant, l'état de santé s'améliore (vie plus longue en bonne santé).

L'organisation des soins est devenue fort complexe et tout intégrer sous une même entité devient impensable. À mesure que la complexité augmente, il doit y avoir spécialisation et différenciation. Plusieurs critères d'organisation sont possibles, le type de services (ex. : soins primaires), la similarité de problèmes (ex. : déficience physique) ou de population (ex. : personnes âgées).

Les facteurs importants de succès sont :

- Assurance-qualité;
- Imputabilité;
- L'allocation des ressources faisant en sorte qu'un budget unique soit consacré au *continuing care*;

- Dépasser la dichotomie, soins primaires versus institutionnels;
- Séparer le rôle d'*advocacy* des intervenants de première ligne de celui de contrôle des coûts;
- Approche d'assurance ou d'entreprise publique;
- Voir ses spécificités (ex. : États-Unis versus Canada) pour une compréhension et une adaptation adéquate d'expériences étrangères (ex. : projets PACE, similaires à SIPA).

Des valeurs fondamentales sont à respecter : le respect des personnes et l'autonomie des professionnels. Pour ce faire, il ne faut pas qu'il y ait de liens directs (type nouveau *managed care* américain) entre les enjeux de prestation des soins et les enjeux financiers.

Plusieurs éléments théoriques suivent rapidement comme le modèle de Colombie-Britannique sur le *continuing care* (variété de services dont médicaux, administration et point d'entrée uniques, outils d'évaluation standardisés, révision périodique de l'état du client, adaptation continue des services fournis) qui cadre bien avec l'approche SIPA au Québec. On y note certains liens d'intégration à la fois verticaux et horizontaux compte tenu des caractéristiques de la clientèle.

Selon Marcus Hollander, une intégration horizontale accrue, comme celle qu'implique le développement des soins primaires, demande une intégration verticale moindre et un besoin de coordination accrue sur ce point. Cela lui semble être une erreur de discuter les soins primaires comme une fin en soi sans avoir en tête les liens de coordination avec les autres niveaux de soins.

Le lien social-santé existant au Québec lui semble un point fort. Par la suite, Marcus Hollander illustre rapidement divers modèles présentant plus ou moins d'intégration aux plans vertical ou horizontal.

« Dix ingrédients essentiels à la réussite des services de santé destinés aux personnes âgées vulnérables du Québec »
Paule Lebel (Québec)

D'emblée, elle se dit moins optimiste que Marcus Hollander sur les impacts appréhendés du vieillissement au Québec, notamment à cause de la rapidité incomparable de celui-ci.

Après une illustration par divers cas montrant le caractère complexe, instable et multiple des atteintes chez les personnes âgées, Paule Lebel mentionne que 15 % de ces dernières sont considérées vulnérables.

Paule Lebel reconnaît le chemin parcouru au cours des 20 dernières années en gérontologie. Par exemple, le « pif » a été remplacé par des méthodes/instruments validés (CTMSP, diagnostics précis). Mais les lacunes actuelles demeurent importantes et recoupent en partie ce qui a été mentionné aujourd'hui au sujet des soins primaires.

Dix points semblent actuellement cruciaux :

1- Valoriser et soutenir la pratique auprès de clientèles vulnérables, actuellement peu attirante et spectaculaire en soi.

2- Avoir une assise communautaire pour l'organisation des soins et services primaires.

3- Développer la coordination et l'intégration. De ce point de vue, les expériences québécoises des Bois-Francs ou de SIPA lui semblent prometteuses.

4- L'accessibilité et l'adaptabilité des services.

5- Systématiser et étayer les interventions interdisciplinaires.

6- Appuyer par une éducation et une information adéquate les aidants ou les personnes âgées.

7- Offrir un soutien aux aidants et bénévoles.

8- Développer une assurance de la qualité.

9- Disposer de systèmes d'information performants fournissant une rétroaction rapide.

10- Appuyer la recherche évaluative et les projets innovateurs.

Période de questions avec Marcus Hollander et Paule Lebel

Équipe multidisciplinaire gériatrique essentielle pour les personnes en grande perte d'autonomie et non pour la majorité des personnes âgées. Dans ce cadre, le gestionnaire de cas coordonne l'ensemble des services spécialisés disponibles à l'extérieur de l'équipe. Les aidants naturels ont droit à de la formation au même titre que le personnel. Définition et partage des tâches entre différentes catégories d'intervenants, à revoir.

SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Paul Lamarche (Québec)

Paul Lamarche relève des convergences, des aspects à gérer et des messages aux commissaires. Il y a convergence des propos sur le quoi et le comment faire. Si ce n'est dû à un biais de sélection, le tout est révélateur. Le focus est à nouveau sur le consommateur alors que l'organisation actuelle facilite le maintien du focus sur le dispensateur. La nécessité d'une première ligne organisée fait aussi consensus : responsable d'une population, premier point de contact, large gamme de services accessibles 24 heures/ 7 jours et un financement non dominé par l'acte (mixte).

Il en va de même pour la mise en place de mécanismes d'intégration ou de coordination. Au plan de la gouverne, diverses avenues ressortent (autorité régionale unique, DRMG) avec certaines implications au plan du financement (population) et de la place des médecins. Il ressort aussi l'importance des systèmes d'information et d'un dossier patient unique et informatisé. L'allocation des ressources doit être globale sur une base de population. Enfin, il faut fusionner les silos actuels. Le manque d'imputabilité est également dénoncé. Pour y remédier, trois conditions sont à réunir : responsabilité connue et respectée, réelle marge de manœuvre et système de mesure.

Il importe aussi d'informer la population sur l'état de santé, l'auto-santé et la performance des composantes du réseau. On ne saurait de plus minimiser au niveau des décideurs l'importance de la vision et d'objectifs opérationnels clairement définis, et délaisser le choix des moyens en faisant une distinction au central entre intervenir et interférer (tentation forte en l'absence de *monitoring* adéquat).

Pour amener un vrai changement et non pas seulement un changement de structure, il importe d'abord de gérer la résistance à ce changement, résistance découlant de la perte de pouvoir, de prestige ou de privilèges. Gérer adéquatement la relation avec des médias très sensibles aux cas spectaculaires et anecdotiques devient un enjeu majeur dans ce cadre. Enfin, une implantation progressive est de beaucoup préférable à une approche par projets pilotes.

Soins de première ligne, première priorité de la réforme à venir

- Ils peuvent avoir une assise territoriale (ex. : inclure tous les résidents d'un district de CLSC) ou être basés sur le choix des personnes via une inscription volontaire.

Il privilégie la première approche.

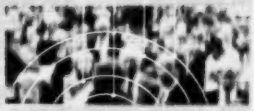
- Introduction d'une hiérarchisation des soins.
- Mise en place d'un point de contact, de référence et de coordination des services.
- Large gamme de services offerts par une équipe multidisciplinaire.
- Certains services disponibles 24 heures, 7 jours.
- Rémunération médicale à modifier (capitation ou mixte).
- Allocation des ressources la plus globale possible. Briser les silos actuels.

Écueils à éviter

- Se concentrer sur les structures plutôt que sur les pratiques.
- Changer de cap si la résistance s'intensifie.
- Agir de façon inconstante, sinon la pression sur le financement risque d'augmenter.

FORUM 4 — 20 SEPTEMBRE 2000, MONTRÉAL

LE FINANCEMENT



Niveau et sources de financement
"Amount and Sources of Financing of Health Care"
Robert Evans 373

« Financement des services de santé : contexte québécois »
Claude Castonguay 375

Allocation des ressources et des budgets
"Health Care Funding : Challenges to Ensuring a Fair Allocation of Ressources and Access to Health Care"
Jeremiah Hurley 377

« Choix de modes d'allocation des ressources et des budgets des établissements »
Denis Bédard 379

« La Caisse-Vieillesse : un régime de protection contre la perte d'autonomie
Guy Morneau 381

Synthèse et conclusion sur le financement
André-Pierre Contandriopoulos 383

Panel 384

Expériences internationales : implication pour le Canada
"International Trends in Health Care Reform : Implications for Canada"
John Marriott 385

FINANCEMENT

Niveau et sources de financement
"Amount and Sources of Financing of Health Care"
Robert Evans (Colombie-Britannique)

D'emblée, monsieur Robert Evans met en cause le caractère « nouveau » de la crise financière affectant le système de soins. En fait, depuis les débuts du système canadien, il ne se souvient pas d'une seule année où le niveau de financement fut jugé adéquat par les principaux groupes d'intérêt.

Premier point sur le niveau de financement : selon lui, on ne doit jamais oublier que tout dollar dépensé constitue un dollar de revenu pour quelqu'un quelque part. Ceci aide à comprendre les positionnements. La « crise » lui semble d'abord provenir du conflit entre ceux qui paient et ceux qui sont payés. Il est impossible de toucher à l'un sans toucher à l'autre. Dans l'état actuel des connaissances, toute discussion sur le niveau de financement requis est nécessairement non scientifique.

Second point sur les sources de financement : tout dépendant de l'amalgame retenu dans les sources de financement privilégiées, on observe que certains paient plus et d'autres reçoivent plus. C'est particulièrement le cas pour le système canadien. Lorsqu'on parle de nouvelles sources de financement, il est en fait souvent question de déplacer les fardeaux respectifs et les bénéficiaires respectifs.

Certains zombies (croyances « enterrées » scientifiquement mais qui finissent toujours par renaître) sont régulièrement ramenés par des « maîtres zombies » qui y ont un intérêt. Ainsi :

- Comme plusieurs panélistes précédents, il considère qu'on caricature la question du vieillissement malgré une information vieille d'au moins 20 ans.
- Il faut déplacer le débat du niveau requis vers (car il n'y aura jamais assez) : qu'obtenons-nous pour les sommes investies (idée similaire à celle du dernier rapport de l'OMS) ? Ce thème reviendra à quelques reprises au cours de la présentation.
- La poussée inflationniste vient beaucoup de la technologie, donc examinons la pertinence et l'utilisation de cette dernière.
- La façon de considérer les choix est aussi importante (illustration par une étude

comparative Canada/US en cardiologie montrant une moins bonne survie à 6 mois au Canada mais aucune différence à un an). Cela soulève alors la question de : Est-ce que ça en vaut le coût ?

Il insiste aussi sur le fait que les appareils administratifs publics tendent parfois à confondre les notions de contrôle de coûts et de transferts de risques (« *Cost shifting is not cost control* »), alors que la préoccupation majeure doit être sur les dépenses totales et pas simplement publiques.

En ce sens, l'introduction de primes ou de frais risque davantage d'augmenter le niveau général de dépenses que d'influencer la production de services intégrés et efficients.

Robert Evans, tout au long de la présentation, utilise un schéma simple de divers *pipelines* faisant un lien entre les façons de constituer le financement (gouvernemental, assurance privée, consommateur directement), de redistribuer celui-ci (mode de rémunération, mode de paiement) et le revenu que divers dispensateurs en tirent. Tout réaménagement du financement de l'organisation est susceptible de modifier l'importance de chaque « tuyau » et donc de ceux qui gagnent ou qui perdent.

Certains proposent aujourd'hui des thérapies, sans examen, test ou diagnostic préalables :

- Augmenter le financement du système peut se traduire en rémunération supplémentaire pour les acteurs ou en inefficience plutôt qu'en un accroissement de la quantité des services produits.
- Le changement des mécanismes de revenus (ex. : introduction d'assurances) pourra changer le poids du fardeau financier d'un groupe de contribuables à l'autre. Les systèmes reposant sur le financement privé et les frais modérateurs sont davantage régressifs que ceux reposant sur la taxation progressive.

Selon lui, les dépenses de santé canadiennes sont relativement sous contrôle. Elles ont pour la première fois dépassé le rythme de croissance du PNB per capita dans les années 1990, à cause de la piètre performance de l'économie à cette époque. Devant le ralentissement économique, les conflits sont devenus plus évidents. Le gouvernement fédéral a effectivement largué son déficit en bonne partie sur les provinces. Aussi, le redressement canadien fut particulièrement brutal et encore plus au Québec.

Malgré tout, le système de santé ne fait pas un très bon usage de l'argent qui lui est

confié. Par exemple, Robert Evans croit que les carences en organisation de soins de première ligne à l'Est du pays, plus que le manque de lits hospitaliers, peuvent expliquer une partie des « crises » observées dans les urgences à Montréal et à Toronto au cours des dernières années. Il insiste aussi sur l'importance de ne pas réagir qu'aux symptômes (ex. : pénurie apparente de médecins et infirmières), mais de comprendre les sources des problèmes (ex. : mauvaise répartition et utilisation des ressources).

« Financement des services de santé : contexte québécois »
Claude Castonguay (Québec)

Claude Castonguay trouve regrettable que l'endroit où devraient être discutés les vrais enjeux, l'Assemblée nationale, soit en fait devenu le dernier. Il déplore la « politisation » excessive du système, surtout due aux forts groupes d'intérêt, qui rend difficile les changements.

En continuité avec Robert Evans, il reconnaît que la question est davantage : En avons-nous pour notre argent ? plus que simplement le niveau de financement. Il considère cependant que la poussée technologique, incluant celle liée aux médicaments, rendra à coup sûr la pression intolérable sur les finances publiques si les paramètres actuels sont maintenus.

À son avis, il est tout à fait possible de maintenir les cinq principes actuels du système canadien (universalité, mobilité, gratuité, caractère public, couverture), mais à condition de faire autrement. Ses propositions n'évoqueront pas une ouverture à l'assurance privée mais une privatisation dans la prestation de soins et services (impartition). Par exemple, dans le cas de l'assurance-médicaments, un partenariat public-privé a permis la couverture de 1,5 millions de personnes.

Claude Castonguay, comme plusieurs panélistes précédents, considère qu'on doit d'abord instaurer une vraie première ligne et trouver de nouvelles sources de financement (il ne reviendra que brièvement en réponse aux questions sur ce point). Il exclura toutefois l'assurance privée supplémentaire, même de type européen.

En continuité avec Robert Evans, il considère aussi nécessaire de remonter aux sources des problèmes (pas juste symptômes) car les mêmes causes finiront par reproduire les

mêmes effets. La « politisation » excessive du système, sa domination par des groupes d'intérêt et le défi de créer une culture orientée vers le public et non vers les producteurs, s'avèrent des défis incontournables.

Il lui semble d'une importance majeure de revoir les modes d'allocation budgétaire, en privilégiant les approches par contrat ou quasi-contrat (cohérent avec OMS). De plus, les enveloppes budgétaires des centres hospitaliers devraient inclure les services médicaux, comme en Europe, ce qui renforcerait le sentiment d'appartenance des médecins.

Il mentionne par la suite une série de propositions :

- Une décentralisation des aspects non monétaires (normatif) des négociations;
- Des partenariats public/privé (ex. : assurance médicaments);
- Des contrats avec des cliniques, suite à un appel d'offres, un peu comme en Alberta;
- Une concurrence dans le système public;
- Marginaliser la rémunération à l'acte pour aller vers des sortes de *Primary Care Groups* de style ontarien;
- Transformer les régies régionales, au statut mal défini, sans pouvoir de taxation et autorité réelle, en directions régionales du Ministère;
- Un dossier patient unique et informatisé;
- Priorité absolue à des systèmes d'information adéquats;
- Un système d'agrément valable pour les établissements autres que les CH;
- Assouplissement des champs de pratique;
- Introduction d'un financement privé, par exemple pour les immobilisations, via des crédits d'impôt comme on le fait dans d'autres domaines (ex. : multimédia).

Le principal défi semble être comment enclencher le changement, mais il insiste sur deux points : a) revoir le mode de paiement aux établissements (fin du budget global historique) et b) revoir le mode de rémunération des médecins.

Période de questions avec Robert Evans et Claude Castonguay

Sources de financement (Castonguay)
Programme de « matching » entre les dollars fournis par les fondations et les fonds publics. Crédits d'impôt pour le développement de services de longue durée.

Problème de financement de nouveaux services via les transferts budgétaires
Il y a eu un accroissement significatif de la productivité suite aux pressions financières et il y a encore un potentiel.

L'inflation des coûts des médicaments due en partie à l'introduction de nouveaux médicaments coûteux n'apportant que des bénéfices marginaux.

Allocation des ressources et des budgets
"Health Care Funding : Challenges to Ensuring a Fair Allocation of Ressources and Access to Health Care"
Jeremiah Hurley (Ontario)

Jeremiah Hurley établit la distinction entre :

- le niveau de financement qu'il relie à des questions d'accès et d'équité;
- le mode de paiement qu'il relie à l'efficience des établissements;
- le mode de rémunération qu'il relie à l'efficience des dispensateurs, en relation avec la précédente.

Sa présentation portera principalement sur les modes de paiement qu'on peut catégoriser en deux groupes, ceux portant sur des populations ou des territoires et ceux portant sur des organisations responsables.

Une méthode d'allocation doit, selon lui, rechercher un équilibre entre six critères : validité, résistance à la manipulation, la flexibilité, éviter les effets pervers, l'équité et la faisabilité. Dans tous les cas, un incitatif financier ne doit surtout pas pénaliser ceux qui cherchent à bien faire. Il est aussi acquis qu'on ne peut récompenser que ce qu'on veut, mais pas tout ce qu'on veut. Il n'est pas souhaitable dans un système public de soins que tous les aspects de l'activité d'un fournisseur soient régulés par des impératifs financiers.

Tout mode de paiement se situe plus ou moins loin d'un des deux pôles suivants : paiement rétrospectif (actes, services) ou paiement prospectif (capitation, budget global). Dans les deux cas, il y a des inefficiences mais ce ne sont pas les mêmes. Il peut y avoir des combinaisons, mais plus on se déplace vers un paiement prospectif, plus le risque économique incombe à celui qui reçoit le paiement. Il signale une forte tendance vers le paiement par capitation, partout prospectif. On y associe souvent un risque de sélection de la clientèle que l'on peut contrer en ajustant le paiement aux producteurs selon le risque potentiel présenté par les personnes desservies.

L'introduction de la compétition peut se faire du côté de la demande (compétition pour patients entre producteurs ou *demand-side*) ou de l'offre (compétition entre producteurs pour fournir des services à une autorité régionale ou locale ou *supply-side*). Créer un marché réellement compétitif dans un domaine aussi régulé est toutefois impossible, surtout en régions rurales. De l'avis de Jeremiah Hurley, le potentiel du côté de la demande est limité, mais il voit un intérêt du côté offre (ex. : Suède). Il favorise l'inscription volontaire de la clientèle, non basée sur le lieu de résidence, pour un temps limité (ex. : confinement pour 1 an avec changement permis) pour permettre cette compétition limitée et bâtir une première ligne. Jeremiah Hurley souligne qu'une approche géographique pose le problème, compliqué à gérer, des mouvements de clientèle entre les régions.

Mais tout choix aura des conséquences et il importe de les appréhender. Entre autres, si on se limite à la 1re ligne, il y a un risque de passer le coût à un autre niveau de services. À l'inverse, si on inclut les soins tertiaires, le risque devient très élevé pour les producteurs.

Il préfère les formes mixtes de paiement ou de rémunération, à condition que la capitation domine, mais avec des enveloppes ciblées pour des programmes spéciaux. Les taux seraient basés sur des *risk based* ou *needs based formulas*, avec utilisation d'indicateurs tels que l'âge, le sexe, les taux de mortalité, le niveau d'éducation, de revenus, le statut marital. Ceci dit, les études disponibles ne démontrent pas de lien direct entre la qualité et un mode de rémunération plutôt qu'un autre.

« Choix de modes d'allocation des ressources et des budgets des établissements »
Denis Bédard (Québec)

Au départ, Denis Bédard identifie certaines grandes caractéristiques de tout système de santé :

- Offre de services par des médecins, des établissements et des industries de la santé;
- Intermédiaires payeurs se situant entre l'offre et la demande. Le paiement direct par le consommateur demeure marginal;
- Partage du risque par l'assurance ou le financement public, via la fiscalité;
- Régulation du marché effectuée en partie par les tiers-payeurs (contrôle de l'offre ou des coûts).

Il établit ensuite des distinctions entre l'allocation des ressources dans un système privé et dans un système public :

Privé	**Public**
Financement via paiement individuel ou contribution à une assurance.	Niveau de financement résultant d'un choix politique, alimenté par fiscalité ou assurances couvrant toute la population (caisses).
Concurrence sur les primes ou le service.	Concurrence entre la santé versus autres priorités.
Micro-gestion des unités de service, y compris au plan financier.	Planification centralisée et gestion confiée à des producteurs relativement autonomes.
Tendance à l'intégration verticale pour le contrôle des coûts.	Volonté de réduire les coûts administratifs et de soutien.
Sophistication du paiement et des systèmes d'information.	Contrôle budgétaire global. Développement technologique plus difficile.
Santé, bien de consommation.	Difficulté de jauger les besoins et la performance.
Focus consommateur.	Focus producteurs et discours client.
Capacité de production marginale au Québec et forte aux États-Unis (70 %).	Capacité de production forte au Québec (75 %).

Une convergence ressort toutefois : la rareté des ressources et des outils de gestion similaires.

Il établit trois constats : offre insuffisante, liste d'attentes et retard technologique. Il identifie trois sources de problèmes : mode de paiement inadéquat (aucune règle pour tenir compte du volume et de la lourdeur de la clientèle), absence de mesures de la performance et absence de liens entre la composante clinique et la gestion des ressources.

Il en découle des inefficiences et des iniquités entre centres hospitaliers (CH) et entre régions. On doit donc s'orienter vers un nouveau mode de paiement pour les CH, qui tiendra compte de l'efficacité et de la performance, en considérant la lourdeur et les besoins de la clientèle desservie.

Cinq règles lui semblent devoir prévaloir :

- L'approche de la budgétisation d'une catégorie de ressources doit être cohérente avec les orientations d'ensemble du système;
- Performance de la gestion;
- Équivalence des ressources pour services comparables à clientèles comparables;
- Conformité à la pratique médicale (ex. : introducton des technologies sur une base coût-bénéfice);
- Transparence et imputabilité.

On se doit aussi de reconnaître divers acquis (NIRRU sorte de DRG québécois, Med-Écho, bassins de desserte) qui font qu'on ne part pas de zéro en matière de systèmes d'information.

À terme, on doit améliorer les données actuelles, avoir de l'information plus poussée sur les services ambulatoires, établir des coûts québécois (par opposition à la simple importation actuelle de la structure de coûts américains) et analyser divers coûts spécifiques pour tenir compte de certaines caractéristiques des établissements (ex. : localisation, taille, mission d'enseignement, etc.).

Période de questions avec Jeremiah Hurley et Denis Bédard

Puisqu'il existe des contraintes financières, Denis Bédard privilégie un budget global prospectif, ajustable périodiquement. Si on procède de façon rétrospective, la limite serait fixée en fonction du budget régional disponible. Il est impensable d'avoir un budget ouvert.

Si les services étaient financés globalement sur une base régionale, la problématique des méthodes de budgétisation d'une catégorie d'établissements se poserait moins.

Rappel de la vision de décentralisation de la Commission Bédard (gestion par municipalités ou MRC de services de santé ou de services sociaux locaux).

Jeremiah Hurley est d'avis que la prolifération de projets pilotes au Canada, donne l'impression qu'il se passe quelque chose, alors que les changements fondamentaux se font attendre dans le domaine des soins primaires.

« La Caisse-Vieillesse : un régime de protection contre la perte d'autonomie »
Guy Morneau (Québec)

Malgré un discours se voulant non-apocalyptique, il utilise par projections linéaires des scénarios relativement pessimistes. Ainsi, le rythme de vieillissement au Québec serait plus rapide que dans d'autres sociétés (passage de 12 à 24 % de la population ayant plus de 65 ans d'ici 2035). Or, il y a une augmentation des soins en lien avec la perte d'autonomie par rapport à celle des soins de santé de courte durée, à mesure qu'on avance en âge. La probabilité de finir sa vie en situation de perte d'autonomie étant d'environ 40 %, on peut considérer qu'il s'agit d'un risque important de l'existence. L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) envisage présentement d'isoler le risque de perte d'autonomie en finançant séparément les services de longue durée ou en augmentant l'apport de fonds dans ce créneau, via des sources alternatives.

Guy Morneau constate que l'accès actuel aux soins de longue durée au Québec est limité. Le système public ne peut tout simplement pas absorber toute la demande et un système à deux vitesses, largement non réglementé, est en développement (ex. : aide

ménagère, hébergement en ressources d'habitations privées) avec tous les risques que cela comporte.

Le financement actuel par répartition (revenus courants paient pour les dépenses courantes) est mis à l'épreuve parce que les coût unitaires ne diminuent pas et que la croissance économique n'est pas assez significative et soutenue. Faire payer les générations futures pour les services actuels, via l'endettement, n'est plus acceptable non plus. Il existe donc un danger réel qu'une partie toujours plus grande des ressources publiques soit accaparée à cette fin.

La caisse vieillesse apparaît un moyen de faire face à la situation en assurant une pérennité aux services requis. Les soins de longue durée s'assurent mal privément (coûts trop élevés) et il s'avérerait difficile de développer le produit dans un contexte de souscription volontaire, les personnes plus jeunes considérant ce risque trop lointain et aléatoire. L'avenue publique semble la plus intéressante, telle qu'en Europe (allusion à l'Allemagne).

Le budget de départ de la caisse proviendrait d'une part gouvernementale, équivalent à la valeur actuelle des soins de longue durée fournis en établissements, sur une base ambulatoire et à domicile. Cette part pourrait être indexée, suivant le taux annuel de croissance des budgets de la santé. La récurrence des dépenses actuelles ainsi que les nouvelles dépenses seraient entièrement financées et assumées par la caisse.

Les caractéristiques suivantes seraient présentes : universalité sans test de revenu, modalités uniformes d'évaluation et de références, accès selon la perte d'autonomie et une capitalisation partielle par primes (cotisation moyenne prévue de 135 $/an., ajustée selon le niveau de revenus et non le risque). Il y aurait également maintien de la contribution par les personnes en perte d'autonomie elles-mêmes.

On tendrait à mettre l'accent sur les services à domicile, mais l'hébergement serait également couvert. Une certaine compétition serait également encouragée entre les fournisseurs de services. Cette compétition serait favorisée par le versement d'une allocation attachée au client pour l'achat de services. Au point de vue opérationnel, la RAMQ pourrait être désignée comme administratrice de la caisse, compte tenu de son expérience. Les établissements ou les régies régionales sélectionneraient les clients et les fournisseurs et verraient au contrôle de la qualité.

Période de questions avec Guy Morneau

En référence au modèle de caisse vieillesse, Denis Bédard fait remarquer qu'engranger des fonds pour des services ne revient pas nécessairement à engranger des services. Il n'y a qu'à se rappeler que les surplus de régimes capitalisés ont déjà été récupérés par le gouvernement.

Un intervenant soulève le risque de transfert de coûts et de clientèle du système à caisse vers le système ordinaire. D'autre part, ne déplore-t-on pas déjà l'existence de trop nombreux silos dans notre système ?

La compétition dans l'offre de services via l'appel au privé pourrait s'avérer très risquée pour la qualité, les conditions de travail du personnel et la génération de profits exorbitants. Guy Morneau rétorque en invoquant le précédent des entreprises d'économie sociale, un succès selon lui.

Synthèse et conclusion sur le financement

André-Pierre Contandriopoulos (Québec)

D'entrée de jeu, monsieur Contandriopoulos précise que le thème du financement inclut les prélèvements, l'allocation des ressources et le paiement des acteurs. Les Canadiens, selon les sondages, apparaissent attachés à des valeurs d'équité, de liberté de choix et d'efficience dans le domaine des services de santé. La problématique du financement est une manifestation d'autres maux, mais en même temps peut être utilisée comme outil de solution à ces mêmes problèmes.

André-Pierre Contandriopoulos note ensuite les éléments suivants :

- Importance du point de vue avec lequel on regarde le système; interpréter ce qui est dit à partir de ce que les gens sont et de leur lieu d'observation du système.
- Système de financement actuel : certains incitatifs contredisent les changements de comportement souhaités et les acteurs ont l'impression qu'une amélioration nécessitera absolument l'ajout de ressources.
- Prélèvements : chaque source de financement contraint l'offre de services de façon différente. Si on éloigne le payeur du bénéficiaire, il sera plus facile de promouvoir des valeurs collectives pour ne pas que celui qui paie dise quoi faire.

Ce qui ressort selon lui des présentations, est :

- Un accord sur les valeurs et le questionnement porte sur un accès équitable.
- Les positionnements sont en accord avec ce que montrent les sondages (forte solidarité pour la santé).
- Le système ne semble plus répondre aux attentes.
- Tout mode de paiement produit des effets désirables et non désirables.
- Plus on est dans des systèmes de pompes (allusion au schéma de Robert Evans) qui éloignent les payeurs et les dispensateurs, plus on peut allouer selon les priorités.
- Enchaînement gouverne-financement-paiement-organisation-décisions cliniques.
- Surtout il faut définir comment enclencher le changement.

PANEL

Selon Claude Castonguay, la Régie des rentes ne pourrait-elle pas payer des prestations variables selon la perte d'autonomie, un peu comme la CSST, plutôt que de créer un nouvel organisme pour gérer la caisse vieillesse? Guy Morneau croit qu'il est important de payer pour un service précis dans un contexte de transparence.

Robert Evans se dit intéressé par la proposition de caisse vieillesse pour faire face au « peak » de 2040. Mais on doit confronter ce mécanisme à d'autres et ne jamais oublier que les coûts tendent à rejoindre les fonds disponibles. D'autre part, une prime d'assurance équivaut à une taxe. Il craint également une augmentation des coûts en multipliant les sources de financement, de même qu'un impact potentiel négatif sur les groupes défavorisés.

Denis Bédard, en réponse à Robert Evans, signale qu'on ne peut toujours refuser des sources de financement neuves, sous prétexte d'impact sur la redistribution. La décision sur la redistribution devrait être prise au préalable.

André-Pierre Contandriopoulos rappelle qu'on a souvent fait appel à une volonté politique au cours des forums afin de provoquer des changements. Or, cette volonté politique n'existe pas en soi dans un vacuum. Dans nos sociétés, il est difficile à une minorité d'imposer ses vues à la majorité.

Expériences internationales : implication pour le Canada
"International Trends in Health Care Reform : Implications for Canada"
John Marriott (Ontario)

Monsieur John Marriott présente en premier lieu divers modèles possibles d'intégration des services :

- Géographique; problème du découpage et de la mobilité de la clientèle.
- Intégration de producteurs de services de même type; applicable aux régions urbaines à population importante.
- Continuum avec intégration de financement et responsabilité; applicable à une population inscrite (capitation de type *Total fundholder*).

La tendance actuelle est de délaisser dans les systèmes publics le rôle classique de commander/contrôler pour aller vers une compétition/collaboration. On tend aussi vers une certaine intégration verticale et on délaisse l'appartenance automatique à un territoire pour aller vers l'inscription volontaire de la clientèle (donner un choix). Partout l'accent est mis sur le développement des soins primaires.

En bref, les éléments suivants se retrouvent un peu partout dans les pays de l'OCDE :

- *gatekeeping*, hiérarchisation;
- rôle majeur des médecins de famille;
- équipe multidisciplinaire;
- participation des citoyens et surtout capacité de « peser » par ses choix;
- inscription de clientèle;
- capitation pour financer les services de première ligne ou achat de services spécialisés;
- développement des systèmes d'information;
- assurance qualité;
- préoccupation pour les services en région rurale ou éloignée et variantes selon la « sensibilité » culturelle (ex. : services spécifiques pour populations autochtones).

Organisation des services, intégrée verticalement

C'est le modèle qui émerge présentement un peu partout, sous une forme expérimentale ou généralisée. En général, on demeure avec des organismes sans but lucratif comme acteurs principaux et la définition du panier de services demeure une question centralisée (choix politique et non bureaucratique). L'usager a également le choix de son organisation de services de base. Le financement se fait par capitation avec enveloppes pondérées selon divers facteurs. L'organisation de soins primaires est responsable de déterminer des arrangements institutionnels et financiers avec les fournisseurs de services spécialisés.

Les approches sont progressives (*incremental*) et reposent sur une vision claire au départ.

John Marriott insiste sur l'importance de facteurs de succès comme une direction énergique, des ajustements en cours de route, pas trop de projets pilotes (reportent les changements nécessaires), besoin du soutien des médecins (mais pas de tous), une tolérance au pluralisme, l'importance d'un financement réservé pour des points donnés et de donner de l'autonomie en surveillant les tentations de la bureaucratie.

Synthèse et conclusion des quatre forums

François Béland (Québec)

François Béland débute par une acétate reprenant des propositions de 1970 du Conseil économique du Canada, propositions toujours d'actualité :

- place aux infirmières cliniciennes;
- place aux groupes de soins primaires;
- importance de comparer pour évaluer;
- importance de la planification et de la coordination;
- régionalisation;
- favoriser la prévention;
- efficacité macro et micro;
- mettre en place des incitatifs puissants;
- focus sur les usagers et non sur les dispensateurs.

Plusieurs thèmes importants ont été abordés au cours de ces quatre journées :

- Difficulté de projeter de façon précise des coûts, même sur une courte période, l'impact futur des changements démographiques et technologiques sur le système de santé étant difficile à mesurer.
- Les objectifs du système de soins sont multiples (santé, protection du risque financier, équité, accessibilité, qualité...). Selon Michael Decter, on répond à des questions différentes quand on mesure la santé de la population et la performance du système des soins de santé. Ces deux réalités ne sont pas sur le même continuum.
- Quels indicateurs utiliser ?
- Que faire du score (trentième place) obtenu par le Canada selon l'OMS ? Une réserve valable est que les pays n'ont pas été regroupés selon leur niveau de développement. Il s'agit tout de même d'une place relative qui devrait au moins nous amener à réfléchir sur le « retour » obtenu sur notre « investissement ».
- Si l'on ne développe pas les systèmes d'information requis, les autres le feront à notre place. S'assurer de participer aux efforts internationaux et interprovinciaux pour pouvoir comparer et évaluer en influençant le processus.

Points communs des réformes récentes des systèmes canadiens et occidentaux

- Coupure de lits de courte durée, réduction des durées de séjour, recours à la chirurgie d'un jour;
- Régionalisation;
- Pléthore de comités, d'études, de réflexions, et de commissions;
- Sentiment d'éternel recommencement; blocages institutionnels, ajustements mineurs et hésitations gouvernementales;
- Grande-Bretagne et Suède; modification des comportements par la modification des incitatifs. Ces incitatifs à une meilleure pratique peuvent être toutefois pervertis, comme aux États-Unis, par des coûts d'administration supplémentaires.

Dichotomies à considérer et à gérer

- Équité (impératifs professionnels) versus efficience (impératifs monétaires);
- Régionalisation (focus sur production intégrée de services) versus réforme de la 1re ligne (« achat » de services dans une perspective consommateur). Un modèle de fundholding implique l'existence d'autres acheteurs auprès de qui acheter des

services. Une régionalisation poussée ne devrait donc pas impliquer une perte d'autonomie pour la première ligne;

- Systèmes de financement versus exigences cliniques;
- Couverture automatique sur une base géographique versus inscription volontaire;
- Information nécessaire au réseau (reddition de compte) versus information utile pour une pratique intégrée.

Comment enclencher le changement ?

- « Big bang » versus approche progressive. On peut se doter d'un plan ambitieux, mais l'implanter par étape, selon des stratégies diverses.
- Encourager l'innovation et l'adaptation à l'intérieur du processus de changement.
- Projets pilotes ; on a suffisamment de connaissances pour agir.
- Établir une commission de suivi (surveillance) des mesures proposées, avec pouvoirs réels.

NOTES BIOGRAPHIQUES DES CONFÉRENCIERS

BÉDARD Denis

Denis Bédard est président du Comité de réévaluation des modes de budgétisation des centres hospitaliers. Depuis 1996, il est professeur associé à l'École nationale d'administration publique (ENAP) et consultant auprès d'organisations publiques et privées.

De 1992 à 1995, il a œuvré à titre de délégué général du Québec à Düsseldorf pour le ministère des Affaires internationales. De 1984 à 1992, il a occupé plusieurs fonctions au sein du Conseil du trésor : secrétaire du Conseil, responsable de la supervision des politiques budgétaires, administratives et salariales, secrétaire adjoint aux politiques budgétaires et responsable de la préparation et du suivi d'exécution du budget de tout le gouvernement. Denis Bédard a également occupé différents postes au ministère de l'Énergie et des Ressources, au ministère du Conseil exécutif, au ministère de l'Industrie et du Commerce, au ministère des Affaires sociales et au ministère des Affaires intergouvernementales du gouvernement du Québec.

BÉLAND François

François Béland est professeur titulaire au Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il est aussi professeur associé au service de gériatrie de la Faculté de Médecine de l'Université McGill. Ses activités de recherche se déroulent au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et au Groupe de recherche Université de Montréal-Université McGill sur les services intégrés aux personnes âgées (GrSIPA). Il a obtenu un doctorat en sociologie à l'Université Laval en 1978. Ses études post-doctorales se sont poursuivies à l'école de santé publique de l'université du Michigan. François Béland réalise des activités de recherche en gérontologie sociale depuis près de 25 ans et il est l'auteur de nombreuses publications scientifiques.

Ses recherches portent plus particulièrement sur les enjeux soulevés par l'organisation et le financement des services de longue durée, leur utilisation et les systèmes intégrés de services aux personnes âgées fragiles. Il poursuit également des recherches sur la santé des populations et en particulier sur la contribution des facteurs contextuels. Actuellement, il co-dirige l'évaluation du projet pilote du SIPA, un programme intégré et global de services sociaux et de santé pour les personnes âgées fragiles.

CASTONGUAY Claude

Claude Castonguay est consultant en matière de services de santé, de pension, de services financiers, d'arbitrage et d'affaires professionnelles. Il est aussi président du conseil de Paranim Inc., vice-président des conseils de Zaq Inc. et de Unimédia Inc., membre des conseils d'administration de Procrea BioSciences Inc., de la Fondation Canadienne de l'INSEAD et de la Chaire Téléglobe-Raoul-Dandurand.

Il a présidé la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1966-1970). Il a été ministre de la Santé, de la Famille et du Bien-être social (1970-1971) et ministre des Affaires sociales (1971-1973). Pendant les années 80, il a été président du conseil d'administration du Centre hospitalier de l'Université Laval (1979 à 1981), membre du conseil de l'Institut de recherche en politiques publiques (1980-1985) et président de la Fondation Wilbrod Bhérer du CHUL (1979-1986). De plus, en 1986, Claude Castonguay était membre du comité aviseur sur la privatisation auprès du gouvernement du Québec. En 1995-1996, il a présidé le Comité d'experts sur l'assurance-médicaments.

CONTANDRIOPOULOS André-Pierre

André-Pierre Contandriopoulos est professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal (DASUM) et chercheur au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). Il détient un doctorat en économie de l'Université de Montréal. Au cours de sa carrière, il a assumé, à l'Université de Montréal, de nombreuses tâches administratives (directeur du DASUM, directeur scientifique du GRIS, directeur du programme de Ph.D. en santé publique) et il a été membre de plusieurs groupes de travail gouvernementaux portant notamment sur le financement du système de soins (Commission Rochon), le Forum national sur la santé, la santé des populations (Institut canadien de recherche avancée, ICRA). Il est chercheur associé au Centre de recherche en gestion de l'École polytechnique de Paris et membre de la Société royale du Canada.

Ses publications portent sur l'organisation et le financement des systèmes de santé, la planification de la main-d'oeuvre médicale, l'évaluation des interventions, les déterminants de la santé des populations et la pharmaco-économie. Il a une longue expérience en tant qu'enseignant et consultant, non seulement au Québec et au Canada, mais aussi en Europe, en Afrique et en Amérique latine.

DAVIS Jack

Jack Davis held a series of deputy minister positions with Government of Alberta from 1990 to 1999 including Deputy Minister of Health and Deputy Minister of Executive Council and Secretary to Cabinet. Mr. Davis is a chartered psychologist in the province of Alberta and is a graduate of the University of Regina.

DECTER Michael

Michael B. Decter is Chair of the Board of Direction of the Canadian Institute for Health Information. He is an investment manager, health-care policy consultant, and author of Healing Medicare: Managing Health System Change the Canadian Way. He is a Harvard-trained economist with over two decades of experience working in the public and private sectors as Cabinet Secretary in Manitoba, Deputy Minister of Health in Ontario, Partner at KPMG and Managing Director of APM Inc. (Canada).

DENIS Jean-Louis

Jean-Louis Denis est professeur titulaire au Département d'administration de la santé, détenteur d'une Chaire FCRSS/IRSC sur la transformation et la gouverne des organisations de santé, directeur adjoint au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal (GRIS) et membre du Conseil québécois de la recherche sociale. Docteur en organisation des soins de santé de l'Université de Montréal, il œuvre depuis plus de dix ans à titre de formateur auprès des gestionnaires de la santé et de chercheurs sur la transformation des organisations et des systèmes de santé. Auteur de publications scientifiques sur le changement stratégique, le leadership et la régulation des organisations de santé, il poursuit actuellement des recherches sur la régionalisation des soins de santé, la restructuration des hôpitaux universitaires et sur le rôle des évidences scientifiques dans l'adoption des innovations cliniques et managériales.

DESCHÊNES Jean-Claude

La carrière de Jean-Claude Deschênes comporte quatre grandes étapes. En 1959, il débute dans le domaine de l'administration hospitalière. Durant près de vingt ans, il oeuvre à l'Hôpital Notre-Dame, puis à Maisonneuve-Rosemont et à l'Hôpital Saint-Luc de Montréal dont Il assume la direction générale de 1973 à 1977. Durant ces années, il est

aussi très actif dans des associations professionnelles. En particulier, il dirige de 1965 à 1972 la revue de gestion, L'Hôpital d'aujourd'hui.

Ensuite, pendant 13 ans, de 1978 à 1990, il assume les fonctions de sous-ministre au ministère des Affaires sociales du Québec et à celui de l'Environnement.

De 1990 à 1994, il met son expérience administrative au service des dirigeants du secteur public, en mettant sur pied et en dirigeant le Centre de développement des cadres supérieurs de l'École nationale d'administration publique. De 1994 à 1999, il oeuvre comme conseiller en administration et en formation auprès de divers ministères du gouvernement québécois et d'organismes du milieu de la santé et des services sociaux.

EVANS Robert

Robert G. Evans is a professor with the Department of Economics, and a member of the faculty of the Centre for Health Services and Policy Research, at UBC. He is a Fellow of the Canadian Institute for Advanced Research and was director of the Institute's Program in Population Health from 1987 to 1997. From 1985 to 1997 he held a National Health Research Scientist award at UBC, and he now holds a Senior Investigator award from the Canadian Institutes of Health Research. Dr. Evans' studies of health care systems and policies have led to a number of invitations to provide policy advice to the Canadian federal and provincial governments. He has also been a consultant and lecturer on health care issues to a number of governments and other public agencies in the United States, Europe, Asia and the South Pacific. He is an honorary Life Member of the Canadian College of Health Services Executives and of the Canadian Health Economics Research Association, and is a member of the National Academy of Social Insurance (United States).

Dr. Evans was a member of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs in 1990-91, and of the National Forum on Health, chaired by the Prime Minister of Canada, from 1994 to 1997. Major publications include Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care (1984), and Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations (1994) [senior editor]. Dr. Evans received his undergraduate degree in Political Economy from the University of Toronto in 1964, and a Ph.D. in Economics from Harvard University in 1970.

FAFARD Patrick

Patrick Fafard is Executive Director of the recently established Saskatchewan Commission on Medicare. He holds a doctorate in political science from Queen's University and has taught political science and public policy at both Queen's University and the University of Waterloo. He is currently Adjunct Professor in the Faculty of Administration at the University of Regina. He has written on issues relating to environmental policy, intergovernmental relations and the politics of age. He has served with the provincial governments of Alberta, Ontario and Saskatchewan in a number of different positions, most recently as Executive Director of the Policy and Planning Branch, Saskatchewan Health.

HOLLANDER Marcus

Marcus Hollander, PhD, is the President of Hollander Analytical Services Ltd., a health services research, informatics and communications firm. He is also Co-Director of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care and holds academic appointments in Gerontology at Simon Fraser University and Health Care and Epidemiology at the University of British Columbia.

HURLEY Jeremiah

Mr Hurley is currently Professor, Centre for Health Economics and Policy Analysis and the Department of Economics, and an Associate Member of the Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University. Since coming to McMaster in 1988, he has carried out research on physician behaviour and physician payment systems; resource allocation and funding models for health care; financial incentives in health care systems; prescriptions drug programs; and normative frameworks for evaluative economic analysis in the health sector. His current work includes an examination of public and private roles in health care financing, policy issues surrounding the use of capitation in health care, funding models for home care and community-based services; physician responses to global physician expenditure caps in Canada, and values in Canadian health policy. He has published in health economic and health services research journals and has acted as a consultant to regional, provincial national and international agencies.

KANE Robert

Dr. Kane is a graduate of Harvard Medical School. Formerly the Dean of the University of Minnesota School of Public Health, he currently holds an endowed chair in Long-Term Care and Aging there and directs the University's Clinical Outcomes Research Center. Prior to his arrival in Minnesota, he was a senior researcher at the RAND Corporation and a Professor at the UCLA Schools of Medicine and Public Health.

He has conducted numerous research studies on both the clinical care and the organization of care, with special attention to the care of older persons, especially those needing long-term care. He is the author or editor of more than 20 books and 250 journal articles and book chapters on health services research and geriatrics. His current research addresses the outcomes of acute and long-term care, measurement of outcomes, and design of outcome information systems. He is a strong proponent of the use of epidemiological techniques for outcomes research. His book, Understand Health Outcomes Research, published in 1997, is designed to provide a thoughtful step-by-step introduction to the complex world of outcomes research.

Dr. Kane consults to a number of national and international agencies. He serves on the World Health Organization's Expert Committee on Aging and the DHHS Secretary's Advisory Committee on Alzheimer's Disease. He was a member of the Institute of Medicine Committee on A Study for Quality Assurance Under Medicare.

KESSLER Francis

M. Kessler enseigne le droit français de la sécurité sociale, le droit comparé et le droit communautaire de la sécurité sociale aux universités de Paris I et Paris X Nanterre. Il s'intéresse particulièrement aux problèmes de dépendance des personnes âgées et à ce titre il a été rapporteur et rédacteur d'une recommandation du Conseil de l'Europe sur ce thème.

KOURI Denise

Denise Kouri is the Director of the HEALNet Regionalization Research Centre, a national centre focusing on fostering research for and by regional health authorities. Denise Kouri is a policy analyst and researcher in health and social development. She has an inter-disciplinary background, with a first degree in Mathematics, followed by an MA in Sociology and Social Studies. Her career spans university, government and community

settings. She has experience in international development and is currently on the board of the North-South Institute. Denise Kouri's interests focus on fostering capacity of community leaders to use research and evaluation in policy and programming for health and social development.

LAMARCHE Paul

Paul Lamarche est bien connu sur la scène québécoise, canadienne et internationale pour son implication dans l'organisation des services de santé. Il détient un Ph.D. en organisation et politiques des services de santé de l'université du Michigan. Il a été sous-ministre associé au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. À ce titre, il fut responsable de la planification et de l'évaluation ainsi que de la réforme du système de santé et des services sociaux de 1986 à 1992. Il fut responsable de la planification au Bureau d'Europe de l'Organisation mondiale de la santé de 1983 à 1986.

LE GRAND Julian

Julian Le Grand is the Richard Titmuss Professor of Social Policy at the London School of Economics. An economist by training, he was previously Professor of Public Policy at the University of Bristol; he has also taught at the Universities of Sussex and California. He has authored, co-authored or edited fifteen books and monographs, and has authored or co-authored over seventy five articles and book chapters, on economics, health and welfare policy. He has acted as a consultant and advisor to the European Commission, the World Health Organisation, the World Bank, the OECD and the UK Government.

LEATT Peggy

Dr. Peggy Leatt is Professor in the Department of Health Administration, Faculty of Medicine at the University of Toronto, Canada. She teaches and conducts research in strategy planning and management, and health services restructuring. From 1987-1998 she was Chair of health Administration and Principal Investigator for the Hospital Management Research Unit. From 1998-2000 Peggy Leatt was on secondment with the Ontario Health Services restructuring Commission, an independent body created to introduce health reform in the province of Ontario. She has served as chair of the Association of University Programs in Health Administration and the Accrediting Commission for Education for Health Services Administration. She is the author of several

papers on Health Services Integration and is Editor of Hospital Quarterly and Healthcare Papers.

LEBEL Paule

Paule Lebel est médecin spécialiste en santé communautaire. Elle dirige l'enseignement à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et agit à titre de médecin-conseil à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Elle est professeure agrégée au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal et participe aux activités de l'URDESS (Unité de recherche et de développement en éducation des sciences de la santé).

Membre du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, elle poursuit des travaux de recherche sur l'évaluation des services gériatriques, en particulier sur l'évaluation de la qualité des soins et des services, sur la communication dans les réseaux de soins intégrés et sur le fonctionnement professionnel en interdisciplinarité.

LEVINE David

Le 1er mai 1998, David Levine a été nommé président-directeur général de l'Hôpital d'Ottawa. M. Levine occupait auparavant le poste de Délégué général de la délégation générale du Québec à New York.

M. Levine a aussi occupé, à divers moments, d'autres postes de cadre, dont celui de directeur général du Centre hospitalier de Verdun, pendant dix ans, puis de directeur général de l'Hôpital Notre-Dame à Montréal. Il a été adjoint au vice-président de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et directeur de la Coordination-prévention au sein de ce même organisme. En début de carrière, il a été directeur général du CLSC St-Louis-du-Parc, avant de devenir conseiller-cadre du gouvernement du Québec pour le ministre d'État au Développement économique.

Son implication dans les activités professionnelles est bien connue : superviseur auprès du Conseil canadien d'agrément des services de santé, président de l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement, membre du conseil d'administration et du comité exécutif de l'Association des hôpitaux du Québec, vice-président de la campagne Centraide, président de l'Association des directeurs généraux des Services de Santé et des Services sociaux du Québec.

MARRIOTT John

John Marriott is a partner in the consulting practice of Marriott Mable, providing advice on health reform and models of primary care and integration. Along with his partner, Ann Mable, he has conducted research and consultations on health systems in Canada and internationally and has written and lectured widely regarding the present and future of the health care system with a special emphasis on the design and development of primary health care and integrated health systems. He has held numerous senior positions in health policy research and development in government and academia, and as the Director of Policy and Analysis for the National Forum on Health. John was founding Director of the Queen's Health Policy Unit and Assistant Professor in Community Health and Epidemiology. Prior to Queen's, John was a principal architect of the Comprehensive Health Organization (CHO) Model in Ontario, serving as the first Manager of the CHO Program in the Ontario Ministry of Health.

MILLETTE Bernard

Bernard Millette est fondateur de l'Unité de médecine familiale de la Cité de la santé de Laval (l'UMF est une clinique universitaire d'enseignement de la médecine familiale/omnipratique). De 1978 à 1987, il a été professeur adjoint et chef de cette UMF. De 1986 à 1990, il agira à titre de directeur du programme de résidence en médecine familiale de l'Université de Montréal, (il s'agit du programme spécifique de formation postgraduée (post-MD) des omnipraticiens/médecins de famille). De 1990 à 1998, il est directeur du Département de médecine familiale de l'Université de Montréal.

Depuis 1998, il est professeur titulaire au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal et membre du Conseil médical du Québec où il préside un sous-comité sur la problématique de l'organisation des services médicaux en 1ère ligne. Il est aussi clinicien-collaborateur auprès des chercheurs du réseau de médecine familiale de l'Université de Montréal.

Il participe de plus à des activités de collaboration internationale (Chine, France, Liban, Lituanie, Tunisie) touchant la formation en médecine générale/médecine familiale, la pédagogie médicale et l'organisation des services de santé, notamment ceux de première ligne.

MORNEAU Guy

Haut fonctionnaire de carrière, Guy Morneau est président-directeur général de la Régie des rentes du Québec depuis octobre 1998. Antérieurement, il a été secrétaire général associé au Comité des priorités du gouvernement du Québec (de décembre 1995 jusqu'en octobre 1998), sous-ministre associé au ministère des Ressources naturelles de 1989 à 1995 et vice-président de la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurance (CARRA) de 1984 à 1989. De 1976 à 1984, il a occupé différentes fonctions au Conseil du trésor dans le cadre des négociations collectives des secteurs public et parapublic et plus particulièrement lors des rondes de négociation de 1979 et 1982.

PACCAUD Fred

Médecin de santé publique, il a d'abord été formé à la recherche sur les services de santé et à la surveillance sanitaire. Ses activités ont porté ensuite sur l'épidémiologie des besoins de soins dans les populations à hauts risques (périnatalogie, gériatrie), puis vers l'évaluation des activités curatives et préventives dans les pays développés. Il dirige également le Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de Lausanne où soixante-dix chercheurs travaillent sur la prévention et l'épidémiologie des maladies chroniques, l'organisation des services de santé et le développement de méthodes quantitatives.

ROSSER Walter

Dr Walter W Rosser is the Professor and Chair of the Department of Family and Community Medicine at the University of Toronto. He previously served terms as the Chair of Family Medicine at both McMaster University and the University of Ottawa. Dr Rosser is the Past-President of the Ontario College of Family Physicians.

In addition to co-authoring an article on primary care reform entitled New approach to primary medical care: Nine point plan for a family practice service, published in the Canadian Family Physician in 1994, he participated in the development of position papers Bringing the Pieces Together and Family Medicine in the 21st Century: A prescription for excellence in health care, published by the Ontario College of Family Physicians in 1995 and 1999 respectively. Dr Rosser was a member of the PCCCAR Task Force on Primary Care Reform whose recommendations were received by the Ontario Ministry of Health in 1996. He is currently serving as a member of the MOH/OMA Guideline Advisory Committee.

An active researcher, Dr Rosser has published extensively in peer-reviewed, national and international, primary care journals. His areas of special interest are prevention strategies, physician prescribing patterns, benzodiazepine usage in the elderly and evidence based family practice. He recently published a book entitled Evidence based Family Medicine, with Dr Sharon Shafir, based on a graduate studies course he delivers annually at the University of Toronto, School of Graduate Studies, as part of the M.H.Sc. Community Health (Family Medicine) Program.

SALTMAN Richard

Richard B. Saltman is Professor of Health Policy and Management at the Rollins School of Public Health of Emory University in Atlanta, Georgia. He is also a research director and a member of the Secretariat for the European Observatory on Health Care Systems, based at the WHO Regional Office for Europe in Copenhagen, and serves as a Visiting Professor in the Braun School of Public Health of Hadassah Medical School at Hebrew University in Jerusalem. From 1991 to 1994, he was Director of the Department of Health Policy and Management at Emory. Previously he was Associate Professor at the University of Massachusetts School of Public Health (1985-1991) and Research Associate in Political Science at Harvard School of Public Health (1980-1985). He holds a doctorate in political science from Stanford University.

His research focuses on the behavior of european health care systems, particularly in the Nordic Region. He held Fulbright Fellowships to Finland in 1986 and 1990, and a research fellowship to Sweden in 1987 - 1998 awarded by the German Marshal Fund of the United States. He received the Blanpain Prize in 1987 and the Baxter Prize in 1999, both awarded by the European Health Management Association for the best published work in European health policy and management.

He was co-project leader (with Josep Figueras) for the WHO/European Regional Office's study of health care reforms, which published a broad assessment of current experience titled European Health Care Reforms: An Analysis of Current Strategies, WHO, 1997, and an edited volume, Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Open University Press, 1998. Other recent books include a monograph (with Casten von Otter) entitled Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems, Open University Press, 1992; and editing (with Casten von Otter) Implementing Planned Markets in Health Systems: Balancing Social and Economic Responsibility, Open University Press, 1995; and (with Friedrich-Wilhelm Schwartz and Howard Glennerster)

Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America, Wiley Publishing, 1996.

SINCLAIR Duncan

Now retired, Dr. Sinclair chaired Ontario's Health Services Restructuring Commission from its formation in 1996 to its mandated closure at the end of March 2000. A long-time member of faculty at Queen's University in Kingston, where he still lives, before the Commission Dr. Sinclair served in a number of senior administrative capacities including Vice-Principal for Health Sciences and Dean of Medicine, Vice-Principal (Services), Vice-Principal (Institutional Relations), and Dean of the Faculty of Arts and Science. He also served briefly as Director General of Program Operations of the Medical Research Council of Canada in Ottawa.

Dr. Sinclair has served on a number of Boards, Commissions, and Committees including the National Forum on Health, the Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice, and the Health Planning Commission for Southwestern Ontario.

Dr. Sinclair is currently Professor emeritus and a Visiting Fellow of the School of Policy Studies of Queen's University.

TURGEON Jean

Jean Turgeon détient un Ph.D. en science politique de l'Université Laval. Durant les années 1980, il a travaillé au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans le secteur de l'évaluation de programmes. En 1991, il devient professeur à l'École nationale d'administration publique (ÉNAP) où il est également, depuis juin 2000, directeur du programme de doctorat et adjoint à la recherche. Il est membre de plusieurs associations professionnelles, du Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé et agit à titre de maître de conférence à l'ENA (France). Ses champs d'intérêt et de publications concernent l'analyse et l'évaluation des politiques et programmes publics du domaine de la santé et du bien-être.

REMERCIEMENTS

Réalisée dans une si courte période, une démarche d'une pareille envergure nécessite un engagement total d'individus de grande qualité. À titre de secrétaire général, qu'il me soit permis de souligner la contribution exceptionnelle des personnes qui m'ont appuyé tout au long des six mois qu'auront duré les travaux de la Commission.

À la coordination des opérations, Mme Denise Plante qui a mené de main de maître les grandes phases de consultation, principalement lors des forums d'experts; madame Plante a également supervisé tout le processus administratif de la Commission. Aux communications, Mme Christine Daniel qui a réalisé un parcours sans faute dans ses rapports avec les médias et qui a mis au service de la Commission ses talents de communicatrice hors pair. Nous devons également à madame Daniel notre appréciation pour l'édition de ce rapport et pour la conception des outils utilisés pour les consultations régionales et nationales. À la recherche, M. Luc Bordeleau qui, pour le bénéfice des commissaires, a conduit plusieurs travaux visant à appuyer les recommandations. Monsieur Bordeleau a apporté une contribution particulièrement significative dans le chapitre 4 du rapport. Il a de plus dirigé le travail des personnes qui ont analysé les 220 mémoires soumis à la Commission. À Mme Anne-Marie Tardif qui a appuyé le comité de rédaction tout au long de ses travaux, et qui par ses judicieux conseils, nous a permis de respecter notre échéancier.

À Mmes Francine Alarie, Sonia Fournier, Lyne Roberge et Monik Ferland qui ont assuré le succès du processus des consultations nationales à Québec et apporté une contribution majeure lors des opérations logistiques entourant l'analyse des mémoires.

Enfin, la Commission a pu compter sur le professionnalisme et la disponibilité totale de Mmes Huguette Morasse, Émilie Jutras et Maryse Bouffard, qui ont assuré avec constance et détermination toutes les activités de soutien que nécessite une pareille opération. Nous sommes tout particulièrement reconnaissants à l'égard de madame Morasse qui, jusqu'à la toute fin, a corrigé, retravaillé, réorganisé le rapport final.

À tous les commissaires et au président, un franc merci pour nous avoir permis de vivre cette magnifique expérience.

René Rouleau
Secrétaire général

CA	Conseil d'administration
CETS	Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec
CH	Centre hospitalier
CHA	Centre hospitalier affilié
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DAVI	Dispositifs d'assistance ventriculaires implantables
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directeur des services professionnels
ENAP	École nationale d'administration publique
FMOQ	Fédération des médecins omnipaticiens du Québec
FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
GROUPE	Groupe de médecine de famille
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IPC	Indice des prix à la consommation
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
MÉQ	Ministère de l'éducation du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MRST	Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
REER	Régime enregistré d'épargne-retraite
RRQ	Régie des rentes du Québec
SAAQ	Société de l'assurance-automobile du Québec
SIPA	Services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux

Figure 1	L'objectif prioritaire des interventions selon l'état de santé perçu par la population	10
Figure 2	Objectif d'amélioration continue	18
Tableau 1	Dépenses publiques de santé par habitant, Québec, Canada et provinces majeures - 1990, 1995, 1998 (en dollars)	140
Tableau 2	Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB, Québec, Canada et provinces majeures – 1980, 1990, 1994 et 1998 (en pourcentage)	140
Tableau 3	Dépenses totales de santé par habitant, Québec, Canada et pays de l'OCDE, 1970, 1985 et 1997, en parité du pouvoir d'achat ($ PPA)	141
Tableau 4	Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB, Québec, et pays de l'OCDE, 1993, 1995 et 1998 (en pourcentage)	142
Tableau 5	Part des dépenses de programme affectées à la santé et aux services sociaux en 2010-2011 (P)	148
Tableau 6	Part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé au Québec, au Canada et dans les autres provinces majeures – 1960, 1975, 1980 et 1998 (en pourcentage)	152
Tableau 7	Part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé au Québec, au Canada et dans les principaux pays de l'OCDE – 1970, 1985 et 1998 (en pourcentage)	152
Tableau 8	Engagements de financement du gouvernement du Canada à l'appui des ententes sur la réforme de la santé et sur le développement de la petite enfance (en milliards $)	156
Tableau 9	Transferts financiers du TCSPS en espèces (en millions $)	157
Tableau 10	TCSPS, septembre 2000, investissements en espèces de 2001-2002 à 2005-2006 (sur une base égale par habitant) (en millions $)	157
Tableau 11	Fonds pour l'acquisition de matériel médical (sur une base égale par habitant) (en millions $)	158
Tableau 12	Équation de la gestion préventive des immeubles	181
Tableau 13	Dépenses de santé per capita du gouvernement du Québec pour les services de santé, par groupes d'âge, 1998 (en dollars)	189
Graphique 1	Taux d'accroissement de la population selon l'âge, Québec, 1996-2021	13
Graphique 2	Proportion de fumeurs actuels, selon la province, Canada, 1996-1997	14
Graphique 3	Proportion de la population présentant un excès de poids, selon l'âge, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998	15
Graphique 4	Dette brute au 31 mars 1999 (en pourcentage du PIB)	142
Graphique 5	Dépenses de programmes, administrations provinciales-locales, 1998-1999 (en dollars par habitant)	143
Graphique 6	Produit intérieur brut 1999 (en dollars par habitant)	143
Graphique 7	Impôt des particuliers. Écart Québec- Autres provinces, 1999 (en millions $)	144
Graphique 8	Évolution globale du PIB, des dépenses du système public de santé et services sociaux et des transferts fédéraux dans le cadre du TCSPS, de 1990-1991 à 1999-2000	145
Graphique 9	Variation des dépenses totales brutes du système public de santé, selon 4 grands vecteurs, 1994-1995 à 1999-2000	168
Graphique 10	Passage de 12 % à 24 % de la part des personnes âgées de 65 ans et plus (en années)	188

Avant-propos i
Introduction ii

PARTIE I • ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

CHAPITRE 1 • **Une vision pour la prochaine décennie** 1
1.1 LES FINALITÉS DU SYSTÈME : PRÉVENIR, GUÉRIR, SOIGNER 7
1.1.1 Un investissement dans la santé 7
1.1.2 Une protection contre la maladie 8
1.1.3 Prévenir, guérir, soigner 9
1.2 FACE AUX DÉFIS : GÉRER LES TRANSITIONS 12
1.2.1 La transition sociodémographique 12
1.2.2 La transition épidémiologique 13
1.2.3 La transition technologique 16
1.3 UNE GESTION PROACTIVE 17

CHAPITRE 2 • **L'organisation des services : passer à l'action** 21
2.1 NOS CONSTATS 22
2.1.1 Une réalité complexe, diversifiée et en constante évolution 22
2.1.2 Des problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité et de coordination 23
2.2 LES PRINCIPES DIRECTEURS 29
2.3 NOS RECOMMANDATIONS 32
2.3.1 L'urgence de prévenir 33
2.3.1.1 La responsabilité des acteurs en matière de prévention, de promotion et de protection de la santé 35
2.3.1.2 Les priorités en prévention 39
2.3.2 Des services médicaux et sociaux de 1re ligne : assise du système de santé et de services sociaux 43
2.3.2.1 Des CLSC à mandat mieux défini avec une 1re ligne sociale organisée 44
2.3.2.2 Une 1re ligne médicale organisée autour de *Groupes de médecine de famille* 52
2.3.3 Une offre de services de base pour les jeunes et les familles 56
2.3.4 Des réseaux de services intégrés pour des clientèles spécifiques 65
2.3.4.1 Les personnes âgées en perte d'autonomie 66
2.3.4.2 Les personnes ayant des problèmes majeurs de santé mentale 72
2.3.4.3 Les personnes ayant des maladies complexes, souvent de nature chronique 76
2.3.5 Une organisation cohérente des services spécialisés médicaux et hospitaliers 79
2.3.6 La réorganisation des urgences 83
2.3.7 Les cliniques affiliées de médecins spécialistes 85
2.3.8 La clarification de la mission et de l'organisation des hôpitaux universitaires 87
2.3.9 Plus de responsabilités et d'imputabilité aux médecins et aux infirmières 91

2.3.9.1 Un contrat de services entre le médecin et l'hôpital 93
2.3.9.2 Un mode de rémunération mixte pour les médecins spécialistes 93
2.3.9.3 Un rôle accru et une rémunération adéquate pour le chef de département clinique 94
2.3.9.4 L'enrichissement du rôle de l'infirmière, la formation accrue et l'intégration d'infirmières praticiennes 95
2.3.10 Des mesures pour faciliter une répartition plus adéquate des médecins 98
2.3.10.1 La revalorisation du rôle du médecin 101
2.3.10.2 L'organisation des services facilitant une pratique médicale intéressante 101
2.3.10.3 Revoir les incitations financières 102
2.3.10.4 La planification des effectifs médicaux 102
2.3.10.5 Certaines modifications à la loi 104
2.3.11 Des systèmes d'information clinique et de gestion efficaces et sécurisés 105

ANNEXE 1 107

CHAPITRE 3 **• Les ressources humaines : développer les compétences, raviver la fierté 111**

3.1 NOS CONSTATS 112
3.2 LES PRINCIPES DIRECTEURS 117
3.3 NOS RECOMMANDATIONS 118
3.3.1 Agir pour contrer la morosité 118
3.3.2 Définir un projet dans chaque établissement 119
3.3.3 Reconnaître et renforcer le rôle des directeurs généraux 120
3.3.4 Préparer la relève des directeurs généraux 122
3.3.5 Planifier la main-d'œuvre 122
3.3.6 Valoriser les compétences 125
3.3.7 Favoriser l'interdisciplinarité 127
3.3.8 Renforcer le pouvoir des parties locales 129
3.3.9 Redéfinir la mobilité 130

CHAPITRE 4 **• Le financement public : la performance au service de la solidarité 133**

4.1 NOS CONSTATS 134
4.1.1 D'une assurance à un droit 134
4.1.2 Faire des choix et performer 135
4.2 LES PRINCIPES DIRECTEURS 138
4.3 NOS RECOMMANDATIONS 139
4.3.1 Le financement : des définitions 139
4.3.2 Le niveau de financement 140

4.3.2.1 Tendances de la croissance des dépenses publiques de santé et services sociaux 144
4.3.2.2 Un enjeu budgétaire et fiscal pour le gouvernement 147
4.3.3 Les sources de financement 151
4.3.3.1 La contribution financière du gouvernement du Canada 155
4.3.4 L'allocation des ressources 159
4.3.4.1 L'allocation des ressources financières aux régions et aux établissements 160
4.3.4.2 Les modes de rémunération et de paiement des acteurs 161
4.3.5 La loi canadienne et l'évaluation continue du panier de services et des technologies médicales 163
4.3.5.1 Le panier de services assurés 164
4.3.5.2 Les nouvelles technologies 165
4.3.6 Le monitorage des facteurs de croissance des coûts 167
4.3.7 L'efficacité et l'efficience 170
4.3.7.1 Recommandations déjà traitées dans ce document 170
4.3.7.2 Autres mesures d'économie 172
4.3.8 Une politique cadre de partenariat avec le secteur privé et le tiers secteur 172
4.3.8.1 Les technologies de l'information 174
4.3.8.2 L'optimisation de l'utilisation des médicaments 175
4.3.8.3 La recherche et le développement 176
4.3.8.4 Les services de longue durée 177
4.3.8.5 Les services à la personne et à la communauté par le tiers secteur 178
4.3.9 Une corvée pour les investissements 179
4.3.9.1 Le maintien des actifs 181
4.3.9.2 Les technologies de l'information et de communication 182
4.3.9.3 Les équipements de soutien (buanderie, cuisine, cafétéria) en établissements offrant des services d'hôtellerie 184
4.3.9.4 Les équipements médicaux 185
4.3.10 La création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie sur une base de capitalisation 188
4.3.11 Le financement des besoins prioritaires : une stratégie possible 193
ANNEXE 2 196

CHAPITRE 5 • **La gouverne : clarifier les rôles, renforcer l'imputabilité des dirigeants** 199

5.1 NOS CONSTATS 200
5.2 LES PRINCIPES DIRECTEURS 201
5.3 NOS RECOMMANDATIONS 203
5.3.1 La gouverne nationale 203
5.3.1.1 Contexte international 203
5.3.1.2 Contexte québécois 204
5.3.1.3 Les défis liés aux orientations et aux choix politiques 207

5.3.1.4 Les défis liés à la gestion globale du réseau 210
5.3.1.5 Quelques pistes de réflexion 213
5.3.2 La gouverne régionale 217
5.3.2.1 Renforcer les conseils d'administration des régies régionales et clarifier leur imputabilité 221
5.3.2.2 La constitution de forums de citoyens 222
5.3.2.3 La création d'une Commission infirmière régionale 223
5.3.2.4 Le renforcement des opérations de gestion 223
5.3.3 La gouverne des établissements 224
5.3.3.1 Faciliter l'intégration des services de 1re ligne 227
5.3.3.2 La participation des professionnels 228
5.3.3.3 La reconnaissance de la contribution des organismes communautaires 229
5.3.3.4 La composition des conseils des établissements 229
5.3.3.5 Favoriser la hiérarchisation des services spécialisés à portée régionale et nationale 230
5.3.3.6 Accroître l'imputabilité et évaluer la performance 232
ANNEXE 3 234
CONCLUSION 238

LISTE DES 36 RECOMMANDATIONS ET 59 PROPOSITIONS 51

PARTIE II • SYNTHÈSE DES CONSULTATIONS

CHAPITRE 1 • **L'audition des groupes nationaux** 241

CHAPITRE 2 • **Les consultations auprès de la population et des groupes dans chaque région du Québec** 265

CHAPITRE 3 • **Le vox populi et le sondage auprès de la population** 297
Le vox populi 299
Le sondage auprès de la population 316
CHAPITRE 4 • **Les forums d'experts** 321
Forum 1 : Expériences internationales 326
Fred Paccaud 327
Michael Decter 328
Julian Le Grand 329
Richard Saltman 331
Robert Kane 334
Francis Kessler 335
Jean-Louis Denis 339
Forum 2 : Expériences d'autres provinces canadiennes 340
Patrick Fafard 341
Jack Davis 344
Duncan Sinclair 347
David Levine 349

Forum 3 : Organisation des services et gouverne 352
Duncan Sinclair 353
Paul Lamarche 355
Walter Rosser 357
Bernard Millette 358
Peggy Leatt 361
Jean Turgeon 362
Denise Kouri 364
Jean-Claude Deschênes 366
Marcus Hollander 367
Paule Lebel 368
Paul Lamarche 370
Forum 4 : Financement 372
Robert Evans 373
Claude Castonguay 375
Jeremiah Hurley 377
Denis Bédard 379
Guy Morneau 381
André-Pierre Contandriopoulos 383
John Marriott 385
François Béland 386
Notes biographiques des conférenciers 389

Remerciements **401**

Liste des sigles et acronymes **402**

Liste des figures, tableaux et graphiques **403**

Table des matières détaillée **404**

NOTES

NOTES

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux a été créée le 15 juin 2000. Son mandat consistait à tenir un débat public sur les enjeux auxquels fait face le système de santé et de services sociaux et proposer des avenues de solution pour l'avenir. Pour ce faire, elle a recueilli le point de vue de la population, des partenaires du réseau, des organisations représentatives et des experts, principalement sur les deux thèmes relatifs à son mandat : le financement et l'organisation des services.

Pour réaliser ce mandat, la Commission a organisé différentes activités de consultations auxquelles ont participé plus de 6 000 citoyens de toutes les régions du Québec, 200 groupes nationaux, une trentaines d'experts québécois, canadiens et internationaux et plus de 1 000 acteurs stratégiques du réseau de santé et de services sociaux. En complément à ces activités, 5 000 Québécois ont répondu au sondage de la Commission et 500 autres au vox populi présenté sur son site internet.

Tout au long du mandat de la Commission, l'énergie des Québécois a été canalisée vers la recherche de solutions réalistes et efficaces. Ce rapport présente les recommandations et propositions qui émergent de cette vaste consultation.

Québec
Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

00-109-02FA